



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



SUZANA KONSTANTINOS LIVADIAS

**DO APELO À DEMANDA? UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS/OS
NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS**

Recife

2019

SUZANA KONSTANTINOS LIVADIAS

**DO APELO À DEMANDA? UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS/OS
NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Ciências Sociais e Humanas em Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves

Recife

2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Livadias, Suzana Konstantinos.

DO APELO À DEMANDA? UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DE
PSICÓLOGAS/OS NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS /
Suzana Konstantinos Livadias. - Recife, 2019.

88 p., tab.

Orientador(a): Sandra Valongueiro Alves

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de
Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2019.

Inclui referências, apêndices.

1. SUS. 2. políticas LGBT na saúde. I. Alves, Sandra Valongueiro.
(Orientação). II. Título.

150 CDD (22.ed.)

SUZANA KONSTANTINOS LIVADIAS

**DO APELO À DEMANDA? UMA ANÁLISE DA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS/OS
NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Ciências Sociais e Humanas em Saúde

Aprovada em: 30/08/2019.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Sandra Valongueiro Alves (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Profa. Dra. Luciana Leila Fontes Vieira (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

A Luana Michele, pelo intenso desestabilizar

Dedico

AGRADECIMENTOS

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação de Saúde Coletiva PPGSC, que a partir da extensa experiência no campo da Saúde Coletiva, transmitem com empolgação os temas, tornando a discussão muito mais interessante.

À minha orientadora Sandra Valongueiro Alves, por sua confiança, sua serenidade e suas contribuições para meu trabalho.

À banca examinadora, profas. Socorro Amorim e Luciana Vieira, pelas valiosas críticas para melhoria da discussão.

A Moreira, competente e carismático, sempre resolvendo as dificuldades do setor e dos mestrandos com muita simpatia.

Aos companheiros do PPGSC, principalmente aqueles com quem pude ter trocas e momentos mais próximos ao longo dessa caminhada e partilhar do orgulho e compromisso com o SUS. Avante, que temos muito a transformar.

Aos meus maiores amores, Tomaz e Fernando. A Fernando, meu amor, meu companheiro, meu amigo, obrigada pelo que vivemos juntos, pelo carinho, afeto e cuidado comigo, pela compreensão e apoio, sempre muito parceiro. Ao meu filhote querido, Tomaz, minha cria, minha parte melhor, por todo carinho e “apoio moral”. Amo nosso cotidiano e aprendo da melhor forma a ser mãe.

Aos meus pais, Mery e Kosta (ele já falecido), pelo apoio e respeito por minhas escolhas e trajetórias. Aos meus irmãos, Joanis e Helena, que complementam meu primeiro coletivo de família. Às amigas Paula e Valéria, pelas madrugadas insones testemunhadas em presença ou nas ausências, e a Rafaela, a gata neta, pela sua companhia silenciosa e constante ao longo dos estudos.

À minha equipe de trabalho do Espaço Trans, Mônica, Cristiane, Isis, Ericka e Eliane, parceiras de construções e reflexões diante dos desafios do cuidado à população trans, formamos um belo conjunto.

A todas as pessoas trans que me confiaram suas histórias de dores e conquistas, de insistências e enfrentamentos, com quem pude aprender a real força da palavra resistência.

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem” (ROSA, 2001, p. 219).

RESUMO

Processo Transexualizador é uma modalidade de cuidado em saúde no âmbito público no Brasil, dirigida à população de travestis e transexuais através do Sistema Único de Saúde - SUS. Engloba um conjunto de procedimentos para alterações corporais cirúrgicas e não cirúrgicas, com tecnologias especializadas de mudança da conformidade física relacionada a um gênero de identificação da pessoa. Existem apenas cinco serviços de referência no país, habilitados para realização dos procedimentos cirúrgicos previstos na Portaria GM/MS n.º 2803, de novembro de 2013, que regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. Nesta portaria, estão descritas as diretrizes do programa, considerando o caráter integral do cuidado à saúde e as especificidades para os processos de transição de gênero. A Psicologia tem participação prevista na composição das equipes mínimas para este cuidado e acompanhamento. Este é um estudo qualitativo, que investigou a atuação de psicólogas/os em serviços de referência no SUS, a fim de entender a influência da nomeação médica da transexualidade sobre suas práticas. Foram entrevistadas/os psicólogas/os que atendem pessoas transgênero nas três das cinco unidades públicas de saúde, habilitadas na modalidade hospitalar para o Processo Transexualizador no SUS e que realizam cirurgias previstas no programa. A pesquisa adotou uma abordagem interpretativa baseada na hermenêutica dialética, cuja análise dos dados se deu a partir de elementos extraídos dos depoimentos de profissionais entrevistadas/os, tendo como referência as categorias de análise: organização dos serviços; atuação da psicologia; dificuldades e críticas. Os resultados mostram que os serviços hospitalares que as psicólogas fazem parte, permanecem com a mesma configuração de equipes desde o início de seu credenciamento e a atuação destas/destes profissionais de psicologia se limita e se mantém vinculada à avaliação para autorização cirúrgica, respondendo predominantemente a necessidades e dúvidas sobre os procedimentos cirúrgicos. A ausência de discussão sobre a diversidade sexual durante a graduação em psicologia, assim como no cotidiano de trabalho, foi uma referência comum entre as profissionais entrevistadas. Observou-se ainda, a ausência de padronização dos critérios de definição para aptidão para as cirurgias, como a necessidade da avaliação psicológica para acesso aos procedimentos desejados. Neste sentido, o estudo reafirma a falta de autonomia de transexuais e travestis na decisão sobre os procedimentos e intervenções em seu próprio corpo e a limitação do fazer psicológico e suas intervenções a procedimentos que visem apenas a avaliação para cirurgias.

Palavras-chave: psicologia; SUS; transexualidade.

ABSTRACT

The Transsexualizing Process is a modality of health care in the public sphere in Brazil, aimed at the population of transvestites and transsexuals through the Unified Health System - SUS. It encompasses a set of procedures for surgical and non-surgical body alterations, with specialized technologies for changing physical conformity related to a person's identification gender. There are only five reference services in the country, qualified to perform the surgical procedures provided for in Ordinance GM/MS No. 2803, of November 2013, which regulates the Transsexualization Process in the SUS. In this ordinance, the program's guidelines are described, considering the integral nature of health care and the specificities for gender transition processes. Psychology has an expected participation in the composition of the minimum teams for this care and follow-up. This is a qualitative study that investigated the performance of psychologists in reference services in the SUS, in order to understand the influence of the medical appointment of transsexuality on their practices. Interviews were carried out with psychologists who assist transgender people in three of the five public health units, qualified in the hospital modality for the Transsexualization Process in the SUS and who perform some of the surgeries foreseen in the program. The research adopted an interpretative approach based on dialectical hermeneutics, whose data analysis was based on elements extracted from the testimonies of interviewed professionals, having as reference the categories of analysis: organization of services; performance of psychology; difficulties and criticism. The results show that the hospital services that the psychologists are part of remain with the same team configuration since the beginning of their accreditation and the performance of these psychology professionals is limited and remains linked to the assessment for surgical authorization, responding predominantly to needs and doubts about surgical procedures. The lack of discussion about sexual diversity during the psychology graduation, as well as in the daily work, was a common reference among the professionals interviewed. It was also observed the lack of standardization of the definition criteria for suitability for surgery, such as the need for psychological assessment to access the desired procedures. In this sense, the study reaffirms the lack of autonomy of transsexuals and transvestites in deciding on procedures and interventions on their own body and the limitation of psychological actions and interventions to procedures that aim only at evaluation for surgeries.

Keywords: psychology; SUS; transsexualism.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos serviços e início das cirurgias.....	35
Tabela 2 -	Distribuição das psicólogas entrevistadas por serviços.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANTRA	Associação Nacional de Travestis e Transexuais
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GLBT	Gays, Lésbicas, Bissexuais e Transgêneros
GM/MS	Gabinete do Ministério/Ministério da Saúde
GO	Goiás
HC/UFPE	Hospital das Clínicas/Universidade Federal de Pernambuco
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HUP	Hospital Ulysses Pernambucano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais
LGBTI	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos
MEC	Ministério da Educação
MtF	Male to Female
ONU	Organização das Nações Unidas
PE	Pernambuco
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
RJ	Rio de Janeiro
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
RS	Rio Grande do Sul
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SEP	Serviço de Emergência Psiquiátrica
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SP	São Paulo
STF	Supremo Tribunal Federal
STP	Stop Transpathologization
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
2.1	TRAJETÓRIA DE APROXIMAÇÕES E AFETOS.....	19
2.2	CONSIDERAÇÕES SOBRE GÊNERO.....	25
2.3	A MEDICALIZAÇÃO DO GÊNERO E A NOMEAÇÃO DA CATEGORIA TRANSEXUAL.....	26
2.4	AS DIMENSÕES PATOLOGIZANTES DO ROMPIMENTO COM O SISTEMA SEXO- GÊNERO.....	30
2.5	A ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS À POPULAÇÃO TRANS.....	34
2.6	A PSICOLOGIA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS.....	38
3	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	43
3.1	NATUREZA DA PESQUISA.....	43
3.2	LOCUS DA PESQUISA.....	45
3.3	AS/OS PARTICIPANTES.....	46
3.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA.....	47
3.5	PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.....	50
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	51
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
	REFERÊNCIAS.....	69
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA - PERGUNTAS NORTEADORAS.....	79
	APÊNDICE B – QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DAS FALAS ANALISADAS.....	81

1 INTRODUÇÃO

Transexualidade é um dos termos aos quais recorreremos para explicar o conjunto de modos e vivências de indivíduos que se identificam com os atributos sociais e sexuais que desviam do gênero que foi designado ao nascer. Descreve o desencontro entre o comportamento esperado socialmente de uma pessoa de acordo com seu sexo, representando um caráter de inversão de uma simetria esperada entre o sexo e a expressão do gênero correspondente (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

A transexualidade subverte uma norma social majoritária que cobra uma correspondência de sexo e gênero num formato normativo binário, a partir do dimorfismo genital e das diferenças entre os sexos. Neste sentido, tais vivências serão compreendidas como uma experiência identitária caracterizada por um questionamento das normas de gênero vigentes na sociedade atual (BUTLER, 2009).

A temática da transexualidade é controversa, pois coloca em jogo importantes questões conceituais acerca do sexo e do gênero. Tem sido bastante focada ao reivindicar o reconhecimento social como membro de outro gênero, diferente do que lhe foi atribuído, e busca romper com o estigma psicopatológico. Considera-se que a transexualidade não caracteriza patologia ou transtorno, embora sob determinados olhares sejam consideradas dissidentes, transgressoras e abjetas em função da força do dispositivo normativo cisgênero¹ (BENTO, 2014).

A transexualidade consiste num fenômeno de presença relativamente recente na investigação científica, e tem revelado uma gama de avanços tecnológicos que possibilitam mudanças anátomo-fisiológicas do corpo, na oportunidade de adequá-lo ao seu estereótipo de gênero, ganhando curvas e formatos reconhecidos como masculinos ou femininos, porém condicionados à decisão de um olhar técnico sobre a pessoa transexual. A categoria transexual surge no discurso médico sobre o fenômeno de desejo de mudança de sexo a partir do desenvolvimento tecnológico do século XX, com os hormônios, as cirurgias e outras adequações das características sexuais secundárias (MURTA, 2011). Tradicionalmente tem sido descrita como o sentimento de pertencer ao outro sexo, com o consequente desejo de expressar-se como tal (CECCARELLI, 2008).

¹ Cisgênero / cisgeneridade - termo que substantiva a identidade de gênero em simetria com o que lhe foi atribuído ao nascer, que destaca um padrão de gênero de acordo com a lógica de um sexo correspondente, seguindo a normativa que considera pênis = homem, vulva = mulher. Também pode ser referenciado como padrão cisnormativo / cisnormatividade.

Atualmente, existem no Brasil serviços especializados da rede pública de saúde destinados ao atendimento de travestis e transexuais² para o acompanhamento ambulatorial e/ou realizando cirurgias que adequem e estimulem o desenvolvimento no corpo de caracteres desejados. Estes serviços estão habilitados e devem se orientar pela Portaria do Ministério da Saúde GM/MS nº 2803/2013, que regulamenta o *processo transexualizador no SUS*. Este programa disponibiliza, além do cuidado integral à saúde, um conjunto de procedimentos para alterações corporais cirúrgicas e não cirúrgicas, com tecnologias especializadas de adequação da conformidade física relacionada a um gênero de identificação da pessoa. A/O usuária/o pode ser atendida/o por uma equipe multidisciplinar que prevê diversos profissionais de saúde (psicólogas/os, enfermeiras/os, assistentes sociais, médicas/os endocrinologistas, psiquiatras, ginecologistas, cirurgiãs/ões, dentre outras especialidades). Os serviços devem oferecer acolhimento e acesso à saúde com respeito aos direitos, ao uso do nome social, ao acesso à hormonização para adquirir características masculinas ou femininas e cirurgias de adequação do corpo biológico à identidade de gênero, de acordo com o desejo de cada pessoa.

Ainda que com novas iniciativas, poucos serviços até o momento estão habilitados pelo Ministério da Saúde para o cuidado de travestis e transexuais no âmbito público. Particularmente sobre as cirurgias de modificação da morfologia corporal descritas nesta portaria, de interesse de muitas pessoas trans, apenas cinco equipamentos hospitalares em todo o Brasil estão habilitados para realizar tais procedimentos.

Espaços de cuidado dirigidos para travestis e transexuais são uma oferta recente na história da saúde pública brasileira, e representam um avanço no reconhecimento da luta pelo direito a uma atenção específica no Sistema Único de Saúde - SUS. No entanto estão permeados de contradições e marcados por estigma e preconceito, influenciados pelos costumes, pela moral coletiva, pelas concepções científicas, pelas relações de poder delas oriundas, mas sobretudo pelas vivas e reais histórias de pessoas que constituem o relato do que é ser transexual na realidade do nosso país.

O presente estudo é fruto de um investimento afetivo e intelectual pensado a partir de uma realidade vivenciada em meu cotidiano de trabalho profissional em um hospital universitário brasileiro, na assistência como psicóloga e na coordenação deste serviço, que é um dos cinco centros de referência no cuidado à saúde das pessoas trans no Sistema Único de Saúde – SUS, que realizam as cirurgias do processo transexualizador. Ancorado no programa

² Os termos travestis e transexuais são parte do conjunto das pessoas trans. A categoria transexual surge no discurso médico sobre o fenômeno de desejo de mudança de sexo a partir do desenvolvimento tecnológico do século XX, com os hormônios, as cirurgias e outras adequações das características sexuais secundárias (MURTA, 2011).

de mestrado, o estudo buscou o fortalecimento e a sistematização de ideias e concepções sobre a assistência à população trans³ no âmbito coletivo a partir das práticas de trabalho na saúde, despertando a curiosidade por responder aos impasses do cotidiano no cuidado referenciado. O tema da transexualidade exige o esforço de analisar criticamente os condicionantes culturais, políticos, morais, éticos que repercutem na estrutura e dinâmica destes espaços, compreendendo estes elementos como partes constitutivas de uma realidade complexa e, por vezes, contraditória.

A Portaria GM/MS nº 2803/2013 que regulamenta o processo transexualizador no SUS está pautada num modelo biomédico que considera a transexualidade sob a compreensão de um diagnóstico de transtorno mental. Baseia-se na descrição diagnóstica de transtorno de identidade de gênero da Classificação Internacional de Doenças CID-10, e na resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1955/2010, que normatiza as cirurgias de *transgenitalismo*⁴ bem como os requisitos para sua prática, tanto no âmbito público como no privado. Os condicionantes desta cirurgia específica serviram de base para estabelecer a delimitação de requisitos para todas as outras cirurgias previstas na portaria que regulamenta o processo transexualizador no SUS, definindo que qualquer procedimento cirúrgico desta ordem ocorre somente após os 21 anos e após dois anos de acompanhamento por uma equipe multidisciplinar nos serviços credenciados (BRASIL, 2013).

A Psicologia é uma das categorias profissionais desta equipe multidisciplinar prevista neste acompanhamento. A forma como essa especialidade é convocada a participar deste processo, em geral descrita para realizar a avaliação psicológica da pessoa candidata a uma cirurgia do processo transexualizador, sugere uma atmosfera de obrigatoriedade pelo acompanhamento e não de usufruto das possíveis contribuições da Psicologia diante da necessidade da pessoa que procura o serviço. Neste sentido, é necessário problematizar os modos de pensar e agir de psicólogas/os que atuam nestes serviços de referência e provocar questionamentos e reflexões acerca da oferta e da direção da atuação psicológica no acompanhamento exigido.

³ Conjunto das pessoas trans, pessoas com identidades variadas de gênero, com possibilidades identitárias e atitudes expressas como diferentes do binômio homem/mulher que se convencionou definir a partir da genitália pênis ou vulva que cada pessoa tem ao nascer.

⁴ Transgenitalismo é como está descrita a cirurgia de transformação da genitália na resolução nº 1955/2010 do Conselho Federal de Medicina - CFM, é o nome dado à cirurgia para conformidade de uma nova genitália, vulva ou pênis, a partir da anatomia existente. Também é conhecida como cirurgia de transgenitalização, de redesignação sexual, cirurgia de readequação sexual, ou ainda readequação genital, posto que é a conformidade externa do genital, e não o contexto sexual mais amplo, que se modifica. Quando para constituir uma vulva, é conhecida como vulvoplastia, neocolpovaginoplastia ou ainda neocolpovulvoplastia, e faloplastia quando para constituir um pênis.

O estudo teve como objetivo geral analisar a influência da nomeação médica da transexualidade sobre a atuação das/dos psicólogas/os em serviços credenciados especificamente para os procedimentos cirúrgicos do processo transexualizador no SUS.

Para este fim, procurou conhecer as características do trabalho destas/es psicólogas/os no acompanhamento da população transexual e travesti, a partir das considerações das/dos próprias/os profissionais. O foco foi observar como o lugar da Psicologia vem sendo ocupado, enquanto especialidade prevista nas equipes de saúde nos serviços de referência, e que interesses caracterizam a atuação de psicólogas/os no acompanhamento de dois anos necessário para encaminhamento para os procedimentos cirúrgicos disponíveis.

A pesquisa buscou conhecer esta atuação nos serviços credenciados para entender como se materializam os conceitos sobre a transexualidade e a contribuição das práticas psicológicas no processo transexualizador no SUS. O estudo procurou entender a relação entre os elementos relevantes para psicólogas/os neste acompanhamento e os critérios médicos de nomeação da transexualidade dispostos nos diagnósticos, para analisar criticamente as possíveis interferências sofridas na atuação da psicologia pela forma como o discurso médico entende, nomeia, diagnostica e trata a transexualidade.

Considera-se que essa compreensão médica patologiza a vivência da transexualidade e reserva um lugar de compulsoriedade para a participação da Psicologia no cuidado a pessoas trans da forma como se encontra descrita na resolução de 2010 do CFM. Uma presença que parece responder a necessidades da equipe médica frente às solicitações cirúrgicas e não de usuárias/os frente a suas demandas de reflexão.

As perguntas que tomavam espaço buscavam compreender a inserção da Psicologia, em que esta participação parece limitar-se ao *autorizar ou não autorizar* realizar um procedimento cirúrgico, numa atuação circunscrita na avaliação psicológica para o acesso a alguma cirurgia. Nesta avaliação, que elementos são levados em conta? O que intermedia o acesso às cirurgias nestes serviços? Que questões a equipe se preocupa diante da solicitação de uma intervenção corporal muitas vezes complexa? Que outras questões se destacam no cuidado de quem busca uma das cirurgias, sob o ponto de vista da psicologia? Que maneiras de atuar da psicologia são potencializadoras de reflexões neste trabalho?

A preocupação por encontrar na essencialidade do corpo a confirmação ao discurso do sujeito, e as características que revelam a busca da “verdade” da transexualidade descrita nos diagnósticos médicos através de sinais e sintomas, encobre muitos outros aspectos que podem ser mais investidos na prática psicológica, a partir da lógica de que há maneiras diversas de

existir, com as consequências danosas nesse enfrentamento junto à sociedade que discrimina diferenças.

Para apresentar o estudo, discorro no primeiro momento sobre as minhas experiências de vida e de trabalho, os aspectos que me aproximaram da temática trans, e minha implicação com a pesquisa, na perspectiva de discutir sobre um lugar para a Psicologia no acompanhamento ainda necessário para acesso a cirurgias do processo transexualizador no SUS.

Na sequência, apresento como a evolução dos estudos sobre a sexualidade e os comportamentos ocasionaram a definição de normalidade e patologia, medicalizando os gêneros. Surge a categoria transexual e com ela, as consequências patologizantes por romper com o sistema sexo-gênero. Em contrapartida, as contribuições das teorias sobre o gênero e sexo como construções sociais favoreceram a produção de novas maneiras de compreender a transexualidade. Em seguida comento sobre como a organização das políticas públicas dirigidas ao público trans foram construídas, buscando refletir sobre a atuação da Psicologia e seu papel social. Finalizo este tópico trazendo a necessidade de destaque para políticas afirmativas que apontem respostas para as dificuldades da vivência de sexualidades dissidentes.

No terceiro tópico os resultados obtidos da coleta de dados e da síntese do material analisado são apresentados, com discussão dos elementos que se destacaram e foram relacionados à proposta da investigação. A análise dos dados foi realizada a partir das entrevistas com psicólogas/os atuantes nos serviços de saúde pública específicos para a oferta de cirurgias do processo transexualizador no SUS à população transexual e travesti.

Segundo Minayo (2010), todo conhecimento é um conhecimento aproximado, situado no tempo e circunscrito nas especificidades históricas e das relações sociais a que está submetido, produzindo aquilo que foi possível, ainda que provisório, mas potencializado por um trabalho de campo assessorado por teorias e instrumentos objetivos.

Longe de promover generalizações, o estudo enfoca eventos contemporâneos e pretende contribuir com o conhecimento dos fenômenos grupais. Pode somar na discussão da importância da organização da rede de serviços em saúde para responder à população trans de forma universal e integral, com ampliação da oferta de cuidados, e não apenas em espaços reconhecidos como referência para o processo transexualizador, e menos ainda direcionados apenas aos procedimentos cirúrgicos.

A demanda da população trans por cuidados diversos é crescente; em contrapartida, as ofertas de atendimentos são escassas. A pesquisa tem relevância ao buscar conhecer as

intervenções de profissionais da Psicologia por entender que tais intervenções devem funcionar como contribuições possíveis para o acesso ao cuidado à saúde e bem-estar do sujeito e no combate à noção patologizante das identidades trans.

O fato de haver um interesse direcionado à população trans na assistência em saúde, beneficia e contribui para dar visibilidade a um segmento da população e seus agravos, que sofre discriminação e violências por sua identidade de gênero, e que permanece à margem do cuidado do sistema de saúde em função do desconhecimento e da transfobia reproduzida nas suas instituições. Aponta a necessidade de discutir um melhor acolhimento ao sensibilizar profissionais da saúde para uma assistência de fato centrada no cuidado e sustentada na compreensão de constituição de sujeito não essencialista.

A escrita tem de servir para estimular reflexões significativas que favoreçam a realização de transformações da realidade. Este trabalho é também um convite a que a discussão se torne constante em torno dos temas de gênero e sexualidade, com o rigor e ética necessários, como campo de construção partilhada e problematização das práticas em Psicologia no âmbito das políticas públicas. Espero que este estudo desperte reflexões e inspire novas produções.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresento neste tópico as referências encontradas na literatura sobre a construção do conceito de transexualidade por olhares diversos. No campo da medicina, a partir de noções reguladoras, explano sobre a influência de seu discurso sobre o sexo e o gênero nas práticas de saúde e no processo de organização de políticas voltadas à população transexual e travesti. Neste caminho, as ciências sociais e a saúde coletiva contribuíram para compreender o percurso de construção de cuidado no SUS pautado na lógica da integralidade, como herdeira do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira - RSB (PAIM; SILVA, 2010), mas muito atravessado por concepções cuja centralidade está na lógica biomédica.

A partir da compreensão de que as vivências de múltiplas experiências em diferentes contextos vão constituindo identidades que nos definem como sujeito, abordo um referencial teórico que diverge da noção essencialista e ajuda na compreensão sobre gênero e sexualidade. No seguimento, a Psicologia é apresentada a partir de suas contribuições clínicas e por seu compromisso social.

As nomenclaturas que diferenciam as identidades de gênero utilizadas ao longo do texto (JESUS, 2012) não pretendem circunscrever as identidades trans em um significado único, nem tampouco apresentar todos os seus possíveis arranjos, mas apresentar algumas posições que descrevem compreensões de diferentes lugares de fala (RIBEIRO, 2017). Também trazem a marca da transmissão oral ao descrever o que não está academicamente registrado, mas é utilizado no vocabulário como identificações a partir das próprias pessoas trans.

O termo transexualidade será mais empregado como forma de alinhar a terminologia em função de seu uso nas portarias normativas do SUS e na literatura, significando aqui um contexto maior de entendimento de caminhos dissidentes da norma atual na construção do gênero e na conformidade corporal de cada pessoa. Isto sem perder o respeito pela luta das travestis, iniciantes deste processo de enfrentamento e expressão reprimida das identidades trans na América Latina (CAVALCANTI; BARBOSA; BICALHO, 2018), nem das demais denominações de experiências transidentitárias próprias e suas lutas coletivas. Estes e outros termos caracterizam-se por aspectos históricos e políticos com usos diferenciados a depender do contexto, e não são consenso nas academias nem nos movimentos sociais. Nominar as identidades transgênero é reconhecer que as vivências humanas no aspecto do gênero são diversas, incluindo-se também as identidades não-binárias e outras tantas. Portanto, as denominações são múltiplas e não passam necessariamente por alterar a conformidade física,

mas romper com a lógica cisgênero de associação genitália-gênero com expressões pré-definidas, papéis sociais limitados e destino dos afetos previamente determinados.

2.1 TRAJETÓRIA DE APROXIMAÇÕES E AFETOS

Começo minha escrita resgatando da memória as lembranças das primeiras aproximações com o tema da transexualidade. Era década de oitenta. Explode o fenômeno Roberta Close, mulher transexual que apareceu nas manchetes de grandes jornais e revistas da época, e durante muito tempo acho que, além de Rogéria, personagem do meio artístico televisivo, Roberta Close foi uma das únicas referências que tive de “pessoas que mudam de sexo”. Causou muita admiração por suas formas corporais transformadas pelos procedimentos hormonais e cirúrgicos. Chegou a ser eleita a mulher mais bonita do Brasil, protagonizando a letra de uma música do cantor brasileiro Erasmo Carlos que exaltava sua beleza apoteótica:

“... tão quente que o sol se ressentir, seus raios batem palmas pra ela e acendem um cigarro no corpo, dá um *close* nela; não fosse o gogó e os pés, a minha mente *tava* na dela, no corpo da mulher nota 10, dá um *close* nela”.

Embora sendo uma mulher digna de nota máxima, suas características consideradas masculinas impediam o admirador de se entregar aos seus encantos. O desejo de um homem por alguém que tem características físicas julgadas incompatíveis com uma mulher, ainda que com tanta feminilidade, é censurado. À época, não sei se causou alguma discussão na sociedade, eu nem pensava sobre isso, mas hoje, certamente a música sofreria muitas críticas por sua explícita transfobia.

Uma outra ocasião, com um hiato no tempo bastante significativo, foi como residente de Psicologia na área de Saúde Mental, durante um plantão da emergência psiquiátrica num referenciado hospital psiquiátrico do estado de Pernambuco. Lá, durante a carga horária do programa, atendíamos muitas pessoas em intenso sofrimento psíquico, que eram em sua maioria, admitidas para internação por sua agudeza. Mas algumas delas nos intrigavam pelas justificativas, como o caso da travesti que tinha o “uso de vestes inadequadas para seu sexo” como causa do internamento, após uma briga de rua e envolvimento com a polícia.

Alguns anos depois, e nenhuma discussão sobre o assunto, após ter ingressado há poucos meses como psicóloga concursada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco – HC/UFPE, tomo conhecimento da polêmica que repercutia no hospital em torno de uma matéria recém-publicada num jornal de grande circulação na cidade, tecendo

críticas ao narrar a difícil trajetória de uma mulher transexual que havia feito em 2010 a *cirurgia de transgenitalização male-to-female (MtF)*⁵ no HC/UFPE (MORAES, 2015).

O Hospital das Clínicas da UFPE ainda não era credenciado pelo Ministério da Saúde para os procedimentos do processo transexualizador no SUS, que já havia sido regulamentado em portaria ministerial desde 2008. A experiência de realização de cirurgias de transgenitalização em mulheres transexuais naquele hospital iniciou-se em 2001, por um médico ginecologista e docente da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. A cirurgia genital consistia na formação da vulva adaptando o pênis existente, através de técnicas cirúrgicas utilizadas pela medicina, consideradas ainda de caráter experimental naquela época. Os procedimentos cirúrgicos faziam parte de uma pesquisa do Departamento de Ginecologia da Universidade e eram realizados sob responsabilidade da equipe envolvida na pesquisa, com a participação de médicos residentes e de profissionais de psicologia e psiquiatria da instituição, encerrando as atividades em 2010 (TENORIO; VIEIRA; LIVADIAS, 2017).

O atendimento de plantão psicológico que tomei iniciativa de realizar no ambulatório de Psicologia no HC/UFPE, foi a minha primeira forma de contato direto com pessoas trans. Das diversas demandas que ali chegavam para atendimento psicológico, começo a me deparar com mulheres transexuais, que procuravam o ambulatório para obter um laudo psicológico para realizar a cirurgia de “mudança de sexo”, como era referida a cirurgia genital, por saberem que já tinham sido realizadas no HC/UFPE. Esse momento me aproximou mais do tema e passei a buscar compreender que lugar a Psicologia ocupava nesta interlocução com a transexualidade e qual a sua contribuição diante do acúmulo teórico sobre o assunto e das experiências nas práticas do campo psicológico.

Com a edição da Portaria GM/MS nº 2803 em 2013, que redefine e amplia o processo transexualizador no SUS, o Ministério da Saúde buscou provocar a rede hospitalar de assistência à saúde no Brasil, e por conhecer a experiência de cirurgias genitais no estado de Pernambuco, interrogou as direções dos grandes hospitais públicos estaduais e federais pelo Brasil, sobre a possibilidade de criação do serviço em unidades hospitalares. Na ocasião, apenas o Hospital das Clínicas HC/UFPE se candidatou e os outros quatro serviços até hoje existentes já eram credenciados.

A convite da direção do hospital, passei a compor um pequeno núcleo encarregado de implementar o serviço, que foi depois denominado de Espaço de Acolhimento e Cuidado de Pessoas Travestis e Transexuais – Espaço Trans HC/UFPE, o que de lá pra cá tem gerado

⁵ Male-to-female (MtF) – expressão que caracteriza a transformação macho-para-fêmea, referindo a cirurgia da genitália pênis, entendida como masculina, para a genitália vulva entendida como feminina.

muitos frutos e trocas promissoras, num caminho também marcado por muitas dificuldades e embates.

O Espaço Trans é um dos serviços dentro das diversas linhas de cuidado ofertadas no Hospital das Clínicas da UFPE. Em outubro de 2014 através da Portaria nº 1.055/2014 do Ministério da Saúde, o HC/UFPE foi habilitado como estabelecimento de saúde apto a disponibilizar o Serviço de Atenção Especializada do Processo Transexualizador no SUS nas modalidades ambulatorial e hospitalar⁶, realizando, dentre outros cuidados, variadas cirurgias previstas no programa.

Os episódios relatados são elementos que perpassam minhas vivências de aproximações (e distanciamentos) com a temática trans e demonstram que durante muito tempo meu convívio com alguma pessoa trans foi inexistente. Não porque elas não existiam, mas revelam quão remota é a possibilidade de circulação de uma pessoa trans nos espaços sociais comuns, assim como inexistente foi a discussão sobre o tema durante todo o curso de minha formação em Psicologia, mas que se mostraram muito presentes e complexas na esfera profissional.

O trabalho de cuidado à população trans tem proporcionado uma experiência rica e diversificada, construída pela prática e pela busca do conhecimento científico. Vem sendo compartilhada em diversos espaços acadêmicos dos cursos da área de saúde, do direito e das ciências humanas, e particularmente com alunos de Psicologia, interessados em discutir a temática nas instituições de ensino. Nestas ocasiões, é fato recorrente a curiosidade das/dos alunas/os sobre como é feita a avaliação para a cirurgia, qual a melhor ferramenta a ser usada, o que deve ser feito no acompanhamento da pessoa trans, como diferenciar as nomenclaturas, enfim, diversos interesses que refletem a novidade do tema. Mas também uma ideia já antiga da busca de um modelo predefinido descrito num diagnóstico de transexualidade, com a noção de acompanhamento somente para realizar a avaliação psicológica como autorização para a cirurgia. Isto sugere uma noção de transexualidade estereotipada, até caricata em certa medida, e uma atuação profissional limitada, centrada no procedimento cirúrgico, numa ilusão de atuação para o encontro com a “verdade” do sujeito transexual, colocado em um lugar de passividade e de espera sobre seu diagnóstico para acesso aos procedimentos “transexualizadores”.

A experiência de estar hoje na assistência e na coordenação de um serviço que atende a população trans, representa as inquietações de um cotidiano que está em constante

⁶ BRASIL. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt1055_13_10_2014.html>. Acesso em: 21/05/2020.

movimento. É a tentativa de traduzir os conhecimentos e críticas que já se produziu sobre a temática trans e sobre as práticas realizadas aqui e em outros serviços, transformando-os em cotidiano de cuidado. Estes elementos são a referência de meu lugar de fala e a forma como entendo o lugar na sociedade que certos grupos ocupam. Ribeiro (2017) sugere como lugar de fala o significado das diferentes realidades como pontos de partida de acordo com sua classe, raça, gênero, sexualidade, território. As vivências oportunizadas por ocupar este lugar possibilitam que algumas reflexões e análises aconteçam em maior ou menor profundidade, dado o acúmulo de vivências pelas pessoas destes grupos sociais, o que lhes confere uma experiência particular sobre determinado aspecto.

Portanto, por eu ser uma pessoa cisgênero, além de outras intersecções que perpassam minha vivência, isto me confere uma capacidade muito menor de compreender e falar sobre o que significa ser uma pessoa transexual e as consequências destas vivências. Minha pretensão é discutir justamente o que se entende sobre a realidade das pessoas a partir deste lugar de não vivência da realidade de ser trans, mas da escuta e reflexão sobre as consequências de sê-lo. Dito isto, quero afirmar e assim demarcar que meu lugar de psicóloga e pesquisadora é de reconhecer e reverberar o discurso da população trans que busca assistência em saúde, através do questionamento de como a/o profissional escuta tal pedido, valendo-me de meu lugar de uma escuta ética sobre as histórias de vida e demandas de cuidado a mim e ao serviço dirigidas. O trabalho da Psicologia deve ter objetivos para além de produzir um laudo que ateste o acesso da pessoa trans a cirurgias de seu interesse.

2.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE GÊNERO

Gênero, de forma muito resumida, é identificado como a projeção de tudo aquilo que a sociedade e a cultura criam e esperam que seja típico dos comportamentos discriminados “de homem” e de “mulher”.

O conceito de gênero surgiu entre as estudiosas feministas como forma de compreender aspectos que explicam o comportamento entre pessoas e as desigualdades e opressões justificadas a partir de elementos biológicos que as diferenciam entre homens e mulheres. A palavra gênero costuma ser interpretada como sinônimo do sexo, atribuindo a cada genitália – pênis ou vulva - uma denominação sexual – macho e fêmea - e um conjunto de comportamentos correspondentes – masculino e feminino - expressos nas vestimentas, no modo de falar, vestir, maneirismos, dentre outros, e também nas relações interpessoais. A partir do aprofundamento dos estudos feministas, gênero passa a ser concebido como uma

construção sócio-histórica que na sua materialização, se expressa pelas performances de características e comportamentos típicos que distinguem masculino e feminino e fazem parte da identidade de cada pessoa.

A identidade de gênero é essa profunda experiência interna e individual do jeito de cada pessoa compreender e reconhecer a si própria a partir de uma nomeação anterior. Comporta a ideia de que a diferença entre homens e mulheres não é apenas um estado essencial inscrito na biologia, a partir das conformidades físicas, e sim uma realidade sociológica que surge das práticas cotidianas, dos costumes, das leis, das religiões, das ciências. A definição do masculino e do feminino é um produto histórico-cultural desenvolvido tacitamente pela sociedade. Isso significa que a percepção de uma pessoa sobre seu gênero não é uma escolha, é um entendimento sobre uma nomeação anterior de sua identidade e sobre a forma como ela vai se reconhecendo como indivíduo, independentemente, ou não predominantemente, de seu sexo biológico (LOURO, 2016).

Os trabalhos desenvolvidos por Joan Scott (1995) vão auxiliar no entendimento inicial do tema. Para a autora, gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, uma forma primária de significar as relações de poder baseadas nas diferenças compreendidas entre os sexos. É uma percepção sobre as diferenças sexuais e a hierarquia existente entre elas, criada por um universo simbólico que justifica essa hierarquia. Nesta perspectiva, os elementos que compõem a categoria gênero destacam sua contribuição para a desconstrução da percepção determinista e essencialista das identidades feminina e masculina.

As teorias feministas, ao auxiliarem na desnaturalização da identidade de gênero feminina como justificativa para a subordinação das mulheres nas relações sociais, também vão avançar na desnaturalização da sexualidade, do corpo e das subjetividades (DENZEN; LINCOLN, 2006).

Neste sentido, o conceito de gênero veio permitir analisar tanto as relações de gênero, quanto a construção da identidade de gênero de cada pessoa, e se contrapor à ideia de essência corporal. Ademais, não existem apenas os gêneros masculino e feminino, mas um espectro que pode ser muito mais amplo do que esta identificação binária. O conceito de gênero exige uma maneira plural de pensar, exige a quebra da dualidade na qual cada parte parece ser única, acentuando que as representações sobre a ordem biológica e anatômica podem ser múltiplas e que diferem não apenas no interior das diversidades étnicas, religiosas, raciais, de classe, geracionais, estéticas, mas também de gênero.

Os estudos *queer*, como radicalização do debate feminista em torno de diversas manifestações da sexualidade, vão possibilitar a despatologização das experiências

identitárias e sexuais que se constroem de forma a não levar em conta o referencial biológico (BENTO, 2014). A teoria *queer* compreende que, além da biologia não selar destinos, os gêneros masculino e feminino (categorias socialmente constituídas) também não se constroem necessariamente sobre corpos nomeados como masculinos ou femininos. As várias construções identitárias que transitam sobre estes corpos, representadas nas identidades trans e dentre elas, a transexualidade, são entendidas aqui como manifestação do direito inalienável do indivíduo sobre seu próprio corpo, sua aparência e seu modo de vida.

Os estudos *queer* habilitam as travestis, as drag queen, os drag king, os/as transexuais, as lésbicas, os gays, os bissexuais, enfim, os designados pela literatura médica como sujeitos transtornados, enfermos, psicóticos, desviados, perversos, como sujeitos que constituem suas identidades mediante os mesmos processos que os considerados “normais” (BENTO, 2014, p. 82).

A produção científica atual no campo do gênero e da sexualidade, por meio dos estudos *queer*, nos permite compreender que nosso sistema sociocultural foi construído e configura uma matriz heterossexual e binária compulsória, que legitima de forma positiva apenas as relações conjugais, heterossexuais e monogâmicas que respondam às exigências da reprodução biológica. Como consequência, todas as possibilidades de exercício da sexualidade e dos gêneros que escapam ao padrão heteronormativo passam a ser consideradas ilegítimas, periféricas, anormais ou contra a natureza (BUTLER, 2009). São entendidas como “falhas do desenvolvimento, ou impossibilidades lógicas, porque não se conformam às normas da inteligibilidade cultural vigente” (ARÁN, 2006, p. 54). Só são considerados gêneros inteligíveis aqueles que mantêm uma continuidade padrão entre sexo, gênero, práticas sexuais e desejo, por intermédio dos quais a identidade é reconhecida e materializada.

A abordagem sobre as especificidades da condição de gênero e a necessidade de ações direcionadas nas políticas públicas de saúde desenvolveram-se a partir da realização das conferências internacionais na década de setenta, revelando através dos movimentos feministas e dos movimentos LGBT, uma estrutura social baseada em intensas discriminações e violências nos campos do gênero e da sexualidade (CAVALCANTI; SOUSA, 2016).

A inclusão da temática de gênero nas políticas públicas se intensificou anos mais adiante, também no campo da educação. A proposta do Ministério da Educação (MEC), através do Plano Nacional de Educação de 2013, era incluir temas relacionados com identidade de gênero e sexualidade nos planos de educação de todo o país. O projeto visava reforçar a necessidade de que fossem discutidas nas escolas as diferentes identidades de gênero existentes, ajudando a diminuir o preconceito e promover uma sociedade com mais

igualdade e respeito pelas diferenças. Porém despertou debates intensos, em que o posicionamento de respeitar a diversidade humana e compreender que a identidade de gênero é uma construção social, foi pejorativamente nominada pelos opositores como *ideologia de gênero*. Os críticos à temática gênero acusam a proposta de servir para doutrinação das crianças, desconstruindo os tradicionais conceitos de ser menino, ser menina, de constituição de família, de valores, principalmente aqueles que estão baseados em preceitos religiosos. Há uma radicalidade na defesa da heteronormatividade como padrão, distorcendo a verdade da proposta original, de levar em conta o gênero como diverso e polimorfo e de não negar qualquer existência.

2.3 A MEDICALIZAÇÃO DO GÊNERO E A NOMEAÇÃO DA CATEGORIA TRANSEXUAL

A presença de indivíduos que transitam entre os gêneros assumindo aspectos vinculados ao “sexo oposto” pode ser observada nas mais diversas sociedades e em diferentes momentos da história, produzindo diferentes formas de compreender os corpos, as genitálias e as diferenças sociais atribuídas a quem porta cada uma delas, demonstrando o caráter histórico e mutável da produção discursiva sobre as diferenças sexuais (LAQUEUR, 2001). Em certos contextos, essas pessoas foram particularmente bem aceitas e lhes era atribuído um poder sobrenatural de cura e profecia (FRY; MACRAE, 1985). Em outros, tais comportamentos foram considerados como devassos, um desvio moral, sendo estigmatizados como perversos (DIAS; ZENEVICH, 2014).

Com o desenvolvimento do saber científico, principalmente da medicina a partir do século XIX, um intenso processo de classificação dos comportamentos e dos corpos foi encampado, em que a sexualidade é utilizada como um aparato de controle que recebe maior interferência dos discursos em torno do que correspondia à normalidade/anormalidade dos comportamentos. As manifestações da sexualidade humana passam então a ser pressionadas por mecanismos de poder que penetram todas as esferas de relações sociais (FOUCAULT, 1994). A ciência, concebida como um espaço de produção de verdades, passa a produzir as categorizações médicas para todas as vivências e corpos que não correspondam ao que se entende por comportamento normal, aquele entendido como o sexo vivido entre um homem dotado de pênis com uma mulher dotada de vagina para fins reprodutivos.

A curiosidade científica sobre a essência da sexualidade, do sexo e do gênero foi impulsionada pela descoberta dos hormônios sexuais ainda no século XIX, e com a

efervescência das descobertas tecnológicas e práticas cirúrgicas no campo da medicina (MEYEROWITZ, 2002). Utilizado pela primeira vez em estudos sexológicos no início do século XX, o termo transexual até 1950 ainda não se diferenciava de outros termos que descreviam os comportamentos considerados desviantes do normal (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

Neste contexto histórico de investigação do sexo e dos corpos, a transexualidade surge em decorrência de uma produção discursiva de vivências e de comportamentos patologizados. Os indivíduos que se identificam com os atributos sociais e sexuais do sexo oposto ao seu sexo biológico serão nomeados e serão classificados a partir de uma perspectiva científica e nosológica como portadores de uma patologia denominada transexualismo, utilizando-se de um conceito médico criado sob um olhar específico de doença como destino.

A principal voz representante dos estudos que defendiam a especificidade da transexualidade era do endocrinologista Henry Benjamin. Com uma visão biologicista, associava alterações da estrutura hormonal como causadoras do “fenômeno transexual”, e apontava a cirurgia de redesignação genital como único tratamento para as/os transexuais e cura para o transtorno, por sua relação de repúdio de longa data com suas genitálias (BENTO; PELÚCIO, 2012; CASTEL, 2001).

Sob a ótica psicanalítica, os discursos sobre a transexualidade ganharam ênfase, considerando o papel da socialização primária na constituição da identidade de gênero, entendendo a transexualidade como um desvio de socialização adequada, posicionando-se contrária à banalização das cirurgias de transgenitalização (AMARAL, 2011).

Na década de 50, o psicólogo e sexólogo John Money introduz o conceito de gênero na área *psi*, provocando uma ruptura teórica com a compreensão de que além do sexo biológico atribuído ao nascer, há um face da sexualidade que se estabelece na tenra idade, relacionada aos processos de aprendizagem e sociabilização. O gênero então corresponderia a tudo que uma pessoa diz ou faz para mostrar o estatuto de menino ou menina (MARIOTTO, 2018).

Expoentes da psicanálise trouxeram aspectos da sexualidade relacionados ao processo de identificação, socialização e aprendizagem, e, portanto, independentes de variáveis sexuais biológicas. Robert Stoller estudou crianças intersexuais percebendo que independente do sexo elas agiam conforme o gênero de identificação; Ralph Greenson destacava a relação simbiótica mãe-filho para explicar a origem da transexualidade; John Money observou a contribuição do meio social na construção da personalidade transexual. Muito embora apontassem novas perspectivas de compreensão, havia ainda a noção de incongruência entre

sexo e gênero, passando a ser considerados ora como psicoses, ora como perversões, sempre sob o olhar patologizante (ARAÚJO, 2010).

Em 1980, é lançado o DSM III (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais) pela APA – *American Psychiatric Association* – inserindo o *transexualismo* como distúrbio psicosssexual, ao mesmo tempo que retira a homossexualidade de suas descrições patológicas. De um lado, uma diminuição de nosologias psiquiátricas na classificação patológica de comportamentos sexuais discordantes do modelo heterossexual, de outro uma patologização de comportamentos classificados como problemas de “gênero” (RUSSO, 2004).

O processo de nomeação da transexualidade como patologia ganha sinônimos nas versões mais atuais dos manuais de classificação internacional e contribui para uma caracterização psicopatológica das manifestações da sexualidade e do gênero. No DSM -IV, publicado em 1994, esta categorização recebe o nome de transtorno de identidade de gênero. Na sua última versão, o DSM V, lançado em 2013, aparece com uma nova forma de classificação. Descrita como Disforia de Gênero, parece deslocar o olhar como patologia, apontando para o elemento sofrimento como condição diagnóstica, causado por uma incongruência entre as particularidades da criança e as expectativas do ambiente. A inconformidade geraria sofrimento pelo conflito entre seu desejo de ser e os ideais sociais.

Na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID 10, lançada em 1992 pela Organização Mundial de Saúde - OMS, a transexualidade, ainda descrita como *transexualismo*, é considerada um transtorno de identidade sexual. No SUS, é esse diagnóstico, em tese, que direciona o acesso das pessoas transexuais a cirurgias do processo transexualizador, conforme descreve a portaria de regulamentação do programa. Sua definição leva em conta a presença de “um desejo de viver e ser aceito como um membro do sexo oposto, usualmente acompanhado por uma sensação de desconforto ou impropriedade de seu sexo anatômico e um desejo de se submeter a tratamento hormonal e cirurgia para tornar seu corpo tão congruente quanto possível com o sexo preferido” (OMS, 1993, p. 211).

A resolução 1955 do Conselho Federal de Medicina - CFM, publicada em 2010 e que versa sobre a cirurgia de transgenitalização, traz uma descrição como *transexualismo* que requer: a) desconforto com o sexo anatômico natural; b) desejo expresso de eliminar os genitais, perder as características primárias e secundárias do próprio sexo e ganhar as do sexo oposto; c) permanência desses *distúrbios* de forma contínua e consistente por no mínimo dois anos, em que a expressão do gênero no meio social é importante; d) ausência de transtornos

mentais. Além disto, considera a pessoa transexual como “portadora de desvio psicológico permanente de identidade sexual, com rejeição do fenótipo e tendência à automutilação e/ou autoextermínio”, demonstrando o caráter patológico a ser tratado, em que a transformação da genitália é tida como a etapa mais importante no tratamento de pacientes com *transexualismo*. Cria-se uma narrativa única sobre a experiência transexual: a da pessoa em eterno confronto com seu corpo e a transformação da genitália como condição para uma vida plena.

É certo que para algumas pessoas, a autopercepção simplesmente não condiz com a realidade discursiva de seu corpo biológico. A maioria de seus pensamentos, emoções e comportamentos são considerados como sendo do outro sexo, incompatíveis. Sendo assim, algumas pessoas procuram adequar seu corpo ao que vivenciam subjetivamente. Percebem-se vivendo em conflito consigo, “nascidas em corpos errados”. Descrevem a noção de completude da identidade através da aquisição do aparato físico do genital tido como determinante do gênero segundo a normativa societária hegemônica cishétero (LANZ, 2017). Nesse contexto, para algumas pessoas a cirurgia se configura como uma possibilidade de modificar e reverter essa situação desprivilegiada, que ao obter o aparato anatômico, podem retomar o curso de suas vidas (GALLI et al., 2013). Conforme comentam Dias e Zenevich (2014), em qualquer outra doença, o sofrimento pessoal não é alçado à condição de elemento essencial para sua caracterização e posterior acesso ao tratamento. Arán e Murta (2009) destacam que, para muitas pessoas trans, a importância do acesso aos serviços de saúde consiste não apenas no cuidado do processo de saúde - doença, mas fundamentalmente numa estratégia de construção de si.

A cirurgia de transgenitalização, comumente apresentada como central na demanda de transexuais, no entanto foi problematizada como solução não-consensual entre as diferentes pessoas trans. Existindo realidades distintas, há também necessidades distintas quanto à característica das intervenções somáticas que seriam satisfatórias para cada indivíduo (SAMPAIO; COELHO, 2013).

Uma pessoa se autodenomina mulher e requer uso de próteses mamárias por se expressar nos moldes do que a sociedade compreende e legitima o que é feminino, e é questionada em sua identidade por não portar os seios desenvolvidos. O aparato ‘seios’ tem uma grande representatividade no imaginário social como aparato de mulher. Ela toma hormônios femininos por querer adquirir curvas e saliências consideradas femininas que se desenvolvem num corpo biológico reconhecido como de homem, mas não consegue que as biotecnologias hormonais revelem em seu corpo o que em sua mente está consolidado como mulher, e não quer passar por intervenção cirúrgica para retirar seu pênis, não pensa em se

submeter a uma cirurgia de tamanha complexidade e/ou tem uma “aceitação” da genitália atual. Então, esta merece a cirurgia de colocação de próteses mamárias ou não? O que está registrado na resolução do CFM nº 1955 ou na descrição do diagnóstico da CID 10 contemplam essa usuária? Ou, ao contrário, a nossa usuária “contempla” a lista dos manuais?

Não obstante, as transexualidades não se resumem aos diagnósticos presentes nos DSMs ou nas CIDs e suas diversas versões. Este fenômeno plural é vivenciado por pessoas reais, com experiências distintas sobre este processo, e que constroem suas identidades de diversas maneiras, para além da descrição esperada pelo diagnóstico médico (BENTO, 2014). A própria atualização dos manuais o demonstra, posto que a cada nova edição, há uma modificação nas descrições, expondo o caráter limitado dos conceitos.

A recente divulgação, em maio de 2019, da mais nova edição da CID-11, e que deve passar a vigorar em janeiro de 2022, coloca a transexualidade num patamar diferenciado, num novo capítulo que descreve as condições relativas à saúde sexual, sendo categorizada como Incongruência de Gênero. A versão ainda está em processo de transição do uso, e embora tenha retirado a nomenclatura do capítulo de transtornos mentais, o que é bem significativo, parece permanecer com a conotação de desviante da norma, aquilo que deveria ser congruente, mas não está. Por outro lado, tanto na CID-11 quanto na CID-10, ao não condicionar o caráter de autenticidade da transexualidade ao teor negativo depositado na genitália, nem tampouco condicionar ao desejo de mudança do órgão genital, demonstra que outros elementos são levados em conta. Legitimam a existência das diversas construções de gênero que não obrigatoriamente passam por alterações de marcadores corporais.

As experiências de vida vão mostrar que cada realidade é diferente e que cada vivência tem sua peculiaridade. Vale a pena destacar que muitas vezes a modificação de um elemento corporal não significa a negação de todo este corpo, porém representa um auto investimento como forma de fortalecimento de si, respondendo ao contexto que valoriza a imagem e o padrão estético generificado (TEIXEIRA, 2013).

De toda forma, o desejo de se submeter ao procedimento cirúrgico não deve ser um critério definidor da transexualidade, muito menos definidor do acesso aos cuidados. Por mais que a cirurgia de transgenitalização seja um procedimento válido e importante no campo, é preciso ter em mente que, do ponto de vista da pessoa transexual, não é um condicionante para promover a harmonia corpo/mente, mas uma alternativa dentre outras - inclusive nenhuma intervenção para alteração do corpo - a fim de buscar maior bem-estar subjetivo.

2.4 AS DIMENSÕES PATOLOGIZANTES DO ROMPIMENTO COM O SISTEMA SEXO-GÊNERO

No último século, iniciou-se a construção da categoria transexual, transformando a imagem de aberração, moldada pela criminalização, até atingir o patamar de patologia, ao ser classificada como uma anormalidade, generalizada e unificada em seus comportamentos. Os diferentes passaram a receber seus rótulos de doença pela medicina e a possibilidade de tratamentos normalizadores (GASPODINI; RISSI, 2013). Para Murta (2007), esta compreensão da transexualidade como patologia serviu para que a mesma se deslocasse do campo do impensável para ser incluída no domínio da inteligibilidade cultural.

Patologizar é considerar que determinadas formas de ser prejudicam os sujeitos, e que, portanto, devem ser tratadas. Georges Canguilhem (2017), ao problematizar a diferença entre o normal e o patológico, atesta que há muito de moralismo nas atribuições do que se considera doença.

A despeito de toda diversidade de identidades de gênero, a sociedade ainda é pautada no reducionismo do modelo masculino e feminino e reproduz um sistema normativo de sexo e gênero que não condiz com a diversidade das formas de subjetivação e construção de si (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). Para a medicina, a não-conformidade entre sexo biológico e gênero ainda é vista como um transtorno mental, ainda que não haja nenhum outro fundamento patológico que justifique um transtorno (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

Segundo Bento (2008) a/o transexual seria “a pessoa que apresenta conflitos relacionados às normas de gênero, por pleitear um reconhecimento social e legal do gênero oposto ao informado pelo sexo biológico” (p. 144). Problematizam a lógica hegemônica de sexo biológico como determinante da identidade de gênero. Por fugirem da lógica binária e dicotômica que define ser homem para quem tem pênis, ser mulher para quem tem vulva, são encaradas com estranhamento. Quem transgride esta norma, é considerado

“...sociodesviante, **gênero-divergente** ou **transgênero**. Por isso mesmo, a pessoa **trans-gressora** da conduta oficialmente estabelecida para a categoria de gênero em que foi classificada ao nascer torna-se uma **de-generada**, palavra que significa literalmente “alguém que perdeu o gênero” (LANZ, 2017, p. 43).

Ser transexual, portanto, é cruzar os caminhos dos gêneros, numa trilha divergente da via cisheteronormativa compulsória, ofertada pela cultura, à margem do estabelecido, em posição periférica e excludente.

A temática da transexualidade nos últimos anos tem se popularizado e está presente na mídia, o que ajuda a levar a sociedade a refletir sobre questões que muitas vezes são tabus no ambiente privado. Mas apesar da ampliação da visibilidade trans mundo afora, tais expressões dissidentes seguem com perspectivas exotificantes, patologizantes, simplificadoras e criminalizantes sobre as vivências trans (VERGUEIRO, 2015).

Percepções socioculturais negativas em relação à diversidade sexual e de gênero são frequentemente internalizadas. Em paralelo, muitas/os profissionais de saúde continuam a patologizar pessoas que não estão em conformidade com o modelo binário de gênero, e por sua vez, o isolamento e a exclusão social limitam ainda mais o acesso a cuidados.

Pessoas trans têm dificuldades na maioria dos aspectos de suas vidas e podem ter medo de buscar atendimento se não tiverem uma rede de apoio. A discriminação na saúde, a falta de conhecimento sobre necessidades específicas e a ausência de cobertura pública e privada para a saúde trans, todos são elementos que dificultam o acesso a serviços adequados de saúde.

A discriminação e a conotação patologizante que recai sobre transexuais foram apresentadas como centrais para o segmento trans, demandando iniciativas que primem pela humanização do atendimento e pela viabilização e qualificação do acesso dessas pessoas ao sistema de saúde. A discriminação foi considerada fator determinante da condição de sofrimento de transexuais, e um dos principais fatores da exclusão do sistema de saúde é a própria precariedade no acolhimento (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

A campanha *Stop Transpathologization 2012* (STP 2012), plataforma ativista internacional, luta pela retirada da transexualidade dos manuais internacionais de diagnóstico psiquiátrico (DSM e CID). Além desta reivindicação principal, a campanha ainda inclui a retirada da menção de sexo dos documentos oficiais, a eliminação de tratamentos de normalização binária para os intersexuais, o livre acesso aos tratamentos hormonais e às cirurgias (sem a tutela psiquiátrica), bem como promove a luta contra a transfobia através de ações de educação, reinserção social e profissional (BENTO; PELÚCIO, 2012).

A transexualidade deve ser compreendida como uma entre muitas possibilidades humanas de determinação do próprio gênero, considerando que quando é associada a uma compreensão patológica, enfraquece o que Butler (2003) denomina de trans autonomia. Desse modo, questiona-se a avaliação médica e psicológica como condição de acesso ao tratamento, além de se problematizar as consequências inerentes à definição dessa condição como doença, por entender que o diagnóstico funciona como um meio de estigmatização (MURTA, 2007).

Entretanto, não é unânime a ideia da despatologização dentro do movimento trans, debatendo-se as vantagens e desvantagens deste processo. Por um lado, os defensores da manutenção do diagnóstico alegam que é uma questão de estratégia de acesso ao sistema de saúde e a possibilidade de realização do processo transexualizador de forma gratuita e universal, pois se justifica uma necessidade médica. Os defensores da despatologização, por outro lado, entendem que o diagnóstico funciona como um vetor de estigmatização e argumentam que o SUS precisa modificar sua diretriz acerca do processo transexualizador, encarando-o como um atendimento regular, como outros no sistema de saúde. A argumentação crítica ao diagnóstico se baseia na tese de que a qualificação deste fenômeno não está relacionada a qualquer alteração de função, mas à percepção de uma inadequação às normas de gênero.

Para a instituição transrespect.org, a patologização gera práticas abusivas que violam o direito de pessoas trans à dignidade, integridade corporal, autonomia e não discriminação, alimentando o estigma e a violência. Isso é parte de um ciclo de opressão que nega direitos básicos, a estruturação jurídica permite e legitima perseguições sociais, dando poder à opressão médica contra pessoas trans. A criminalização, patologização, esterilização (em alguns países, as pessoas trans são obrigadas a suprimir sua capacidade reprodutiva para ter acesso aos procedimentos), e a ausência de reconhecimento legal de gênero reforçam a opressão produzida pelo sistema de saúde.⁷

Vale ressaltar que o sofrimento psíquico e os desconfortos gerados a partir do desencontro entre sexo biológico e a identidade psíquica não são generalizados nem são os únicos problemas enfrentados por essas pessoas.

A vulnerabilidade e a marginalização das pessoas trans vão muito além dos cuidados de saúde. Estigma, discriminação e violência impactam significativamente o acesso de pessoas trans a serviços básicos e comprometem o bem-estar desta população. A discriminação e a violência contra pessoas trans são agravadas por fatores estruturais, como a rejeição familiar precoce, o abandono escolar devido ao bullying, assédio e violência. Para muitas pessoas trans, o trabalho sexual é a única maneira de ganhar a vida, devido à falta de mecanismos e informações para exigir acesso à educação, ao emprego e à saúde (ANTRA, 2017).

Dados da organização não governamental Transgender Europe, indicam que o Brasil é o país que mais mata travestis e transexuais no mundo. O *Relatório Mapa dos Assassinatos de*

⁷ TRANSRESPECT. Perspectivas trans globais em saúde e bem-estar. Disponível em: <https://transrespect.org/wp-content/uploads/2018/12/TvT-PS-Vol20-2018_PT.pdf>. Acesso em: 21/05/2019.

*Travestis e Transexuais no Brasil em 2017*⁸, revela que a expectativa de vida de uma pessoa trans é de 35 anos, muito menor que uma pessoa cisgênero, estimada em 75 anos, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.

Para além destas violências diretas e explícitas, é preciso dizer que outras violências institucionais no âmbito da saúde e educação também persistem. A desinformação e o desinteresse em se compreender os corpos e existências trans nas suas complexidades implicam em processos de exclusão das instituições de saúde, comprometendo suas possibilidades de vida (TAGLIAMENTO, 2015).

A ignorância e a falta de compreensão sobre identidade e expressão de gênero impactam ainda mais negativamente sobre as vidas das pessoas trans, que precisam ser protegidas com medidas contra o discurso de ódio e crimes de ódio baseados na identidade e/ou expressão de gênero, inclusive em contextos médicos. O Brasil é um país hostil às identidades de gênero não cisgênero, e particularmente contra as populações travestis pobres, negras e prostitutas (VERGUEIRO, 2015). De crime, a pecado e doença, as vivências dissidentes de um modelo normativo para condutas a partir do gênero foram enquadradas sempre num espaço de exclusão, sem acesso a direitos civis básicos, sobretudo o direito à vida, ameaçada constantemente.

É preciso também considerar que as modificações corporais são apenas um dos elementos do espectro de *transicionar*, de cambiar e assumir uma postura de gênero diferente, pois deve-se considerar, entre outras, a questão do reconhecimento social como mudança de nome e sexo nos documentos. A identidade de cada pessoa se configura no nome que carrega, apresenta e é referenciada. A recente resolução do Supremo Tribunal Federal (STF)⁹ em torno da retificação do nome civil de pessoas transexuais sem a necessidade de laudos psiquiátricos, psicológicos ou cirurgias que atestem seu desejo pela mudança do nome, deve ajudar na afirmação e no reconhecimento do gênero como construto importante na definição identitária de uma pessoa, permitindo que sua nomeação represente sua subjetividade. Nasce uma “verdade” jurídica produzida a partir do discurso da pessoa e não do aparato anatômico.

Em um de seus trabalhos, Rubin (1993) ao discutir os conflitos contemporâneos relacionados aos valores sexuais e ao comportamento erótico, traz uma análise das populações estigmatizadas pela vivência diferenciada de sexualidade, que parece esclarecer como o estigma de transtorno se sustenta. De acordo com a autora, transexuais e travestis, além de

⁸ ANTRA BRASIL. Disponível em: <<https://antrabrazil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>>. Acesso em: 21/05/2020.

⁹ STF. Notícias STF. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=371085>>. Acesso em: 21/05/2020.

outras categorias como prostitutas e modelos pornô, estão localizadas na parte mais baixa da hierarquização dos valores sexuais das sociedades ocidentais. Os indivíduos cujos comportamentos se situam na escala mais alta desta hierarquia, são recompensados com o reconhecimento de sua saúde mental, respeitabilidade, legitimidade, mobilidade social, mobilidade física, apoio institucional e benefícios materiais. À medida que vai descendo nas escalas dos comportamentos sexuais ou ocupações, os indivíduos que as praticam tendem a ser considerados doentes mentais, criminosos, têm sua mobilidade social e física cerceada, sofrem sanções econômicas e carecem de apoio institucional.

2.5 A ORGANIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DIRIGIDAS À POPULAÇÃO TRANS

Historicamente à margem do sistema de saúde e muito em função do preconceito e da discriminação, a população LGBTI - e particularmente a população trans – tem reivindicado nas últimas décadas a garantia do acesso à saúde com capacidade para atender suas necessidades, sem que suas vivências sejam consideradas anormais, bizarras ou patológicas.

Em termos de visibilidade, a epidemia do HIV colocou a saúde das pessoas trans em debate público, graças às enormes potencialidades das comunidades trans ao redor do mundo. Suas existências militantes e ativistas, falando por seus direitos, permitiram que elas reconfigurassem a narrativa da saúde trans para além do HIV/AIDS.

Desde o lançamento do Programa Brasil sem Homofobia, em 2004, programa de combate à violência e discriminação contra a população GLBT (como à época a sigla era concebida, vindo a ser alterada posteriormente), o Ministério da Saúde vinha se empenhando em produzir normativas e estimulava a regulamentação de espaços de promoção, prevenção e cuidado em saúde voltados a travestis e transexuais. um marco na conquista de direitos e políticas públicas para a população sexo-diversa (BRASIL, 2004).

A concepção da Política Nacional de Saúde Integral à População LGBT, voltada para a garantia do cuidado às especificidades da população lésbica, gay, bissexual, transexual e travesti, se constitui num oportuno exercício da igualdade e da integralidade do cuidado e do respeito às diversas formas de expressão humana, garantindo o acesso ao sistema de saúde universal. Foi uma iniciativa para construção de mais equidade no SUS, com o intuito de enfrentar as iniquidades e desigualdades em saúde. Esta política tem como marca o reconhecimento dos efeitos da discriminação e da exclusão no processo de saúde-doença da população LGBTI. Portanto, seus objetivos estão voltados para mudanças na determinação

social da saúde, para redução das desigualdades relacionadas à saúde desta população (BRASIL, 2011).

A partir da legítima reivindicação dos movimentos sociais pela construção e ampliação de direitos e da importância de construção de normativas e organização dos equipamentos que possibilitem o acesso aos serviços de saúde para travestis e transexuais, a discussão ganhou expressividade e representou um avanço pois retrata o reconhecimento do Estado sobre a necessidade de um olhar específico para esta população.

A Portaria GM/MS nº 2803/2013 do Ministério da Saúde – MS, atual regulamentação vigente do processo transexualizador no SUS, possibilita o cuidado integral à saúde e a realização de procedimentos de alterações corporais cirúrgicas e não cirúrgicas, de interesse da população trans.

Hoje apenas cinco equipamentos hospitalares da rede SUS em todo o Brasil estão habilitados pelo Ministério da Saúde para realizar o cuidado integral e as cirurgias previstas no processo transexualizador, conforme seguem:

- Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre - RS;
- Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da USP/Fundação Faculdade de Medicina, São Paulo - SP;
- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, Goiânia – GO;
- Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ;
- Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, Recife – PE.

Tabela 1 - Distribuição dos serviços e início das cirurgias

Localização dos serviços credenciados	Início de realização de cirurgias
Porto Alegre – RS	1997
São Paulo – SP	1998
Goiânia – GO	1999
Rio de Janeiro – RJ	2003
Recife – PE	2015 ¹⁰

Fonte: a autora, 2019

¹⁰ A informação sobre o início da realização das cirurgias no HC de Recife-PE está considerando a data após o credenciamento do serviço, embora haja um histórico anterior na realização de cirurgias de transgenitalização entre 2001 e 2010, encerrando a atuação para retomada dos procedimentos com outra equipe e lógica de cuidado em 2014, conforme foi mencionado na introdução deste trabalho.

Há outros serviços habilitados para o acompanhamento no nível ambulatorial e diversas iniciativas da esfera estadual e municipal na criação de serviços destinados ao atendimento da população transexual e travesti em outras demandas, nas várias regiões do país, porém a escassa rede para procedimentos cirúrgicos ainda não consegue ampliar-se no país.

Os serviços credenciados estão localizados em hospitais universitários ligados a universidades públicas, que incorporam diversas linhas de cuidado e funcionam como parte da rede de assistência à saúde de cada região, servindo também como campo de prática aos cursos de saúde de cada instituição de ensino à qual estão relacionados. Todos contam com a presença de profissionais psicólogos/os para atendimento da população trans no processo transexualizador, compondo de diferentes formas em cada localidade, a equipe de referência da instituição.

O processo transexualizador foi assim denominado pelo próprio movimento social (CARVALHO, 2011) para descrever o cuidado à saúde da população transexual e travesti no SUS, dando visibilidade e uma resposta a necessidades específicas de procedimentos clínicos de alterações e intervenções corporais fenotípicas e fisiológicas, próprias do campo da medicina. Em suas lutas e reivindicações, iniciadas há muitos anos, a população trans conquista, através da Resolução CFM nº 1482 de 1997, o primeiro avanço: o Conselho Federal de Medicina aprovou, a título experimental, a realização de cirurgias de alteração da conformidade genital - neocolpovulvoplastias e neofaloplastias - em hospitais universitários adequados para pesquisa.

Popularmente chamada de “mudança de sexo” ou redesignação sexual, a cirurgia de transgenitalização foi regulamentada no Brasil, após mais de vinte anos da primeira intervenção cirúrgica genital em pessoa transexual em nosso país, realizada em 1971 pelo cirurgião plástico e professor Roberto Farina¹¹. O médico, que via benefícios e buscava se aperfeiçoar na técnica de transgenitalização, foi juridicamente condenado em primeira instância, acusado de provocar lesão corporal de natureza gravíssima. Sofreu várias sanções por realizar uma cirurgia “de mutilação”, conforme as argumentações do Ministério Público de São Paulo no processo movido contra o cirurgião naquela época. Constrangimentos e

¹¹ Conforme consulta à reportagem 'Monstro, prostituta, bichinha': como a Justiça condenou a 1ª cirurgia de mudança de sexo do Brasil, de Amanda Rossi da BBC de São Paulo. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/geral-43561187>>. Acesso em: 21/05/2019.

situações vexatórias também foram vividas pela requerente, considerada uma aberração por ter se submetido a uma “cirurgia mutiladora genital”.

Esta primeira resolução do CFM de 1997 exerceu um importante papel ao considerar enfim, que a intervenção genital não se configura como crime de mutilação, e ao retirar da clandestinidade aquela cirurgia e procedimentos que envolvem o processo transexualizador. Atualmente a transgenitalização tem suas diretrizes descritas na Resolução do CFM nº 1955/2010, que estabelece os critérios éticos e disciplinares para a conduta médica diante de tal demanda, e dispõe como um dos critérios de seleção a pessoa trans para a transgenitalização, o acompanhamento mínimo de dois anos por uma equipe multidisciplinar. A Portaria Ministerial nº 2803/2013 reforça o discurso médico, tornando este critério extensivo para todas as intervenções cirúrgicas em pessoas trans previstas no programa, não só a de transgenitalização (para constituição da vulva ou do pênis), mas para todas as demais – mamoplastia de aumento com colocação de prótese mamária, tireoplastia, mastectomia bilateral masculinizadora e histerectomia (BRASIL, 2013). Assim, as cirurgias possibilitam adaptar a morfologia corporal, sendo que dependentes de um diagnóstico patológico e de uma equipe multidisciplinar que ateste os critérios de elegibilidade para o procedimento.

No paradigma atual brasileiro, o tratamento hormonal, as cirurgias, bem como o acompanhamento da equipe multidisciplinar no SUS, são garantidos apenas para os indivíduos que conseguem adquirir o diagnóstico de transtorno mental (GASPODINI; RISSI, 2013). De acordo com a mencionada Portaria n.º 2803/2013 do Ministério da Saúde, os procedimentos do processo transexualizador estão atrelados a diagnósticos descritos na CID-10 pelos códigos F-64.0 e F-64.9. Nomeada como “transexualismo”, a condição transexual está considerada dentro do grupo dos transtornos de identidade sexual. Neste sentido, dada a força do dispositivo binário de gênero, podemos perceber que a definição do diagnóstico de transtorno reitera as interpretações normativas sobre o ser homem *ou* mulher, masculino *ou* feminino de nossa sociedade, medicalizando as condutas desviantes a partir das supostas “verdades” de cada sexo.

A perspectiva assistencial em saúde sob a qual o processo transexualizador se estrutura tem reflexos do ensino em medicina, que desde muito foi influenciado pelo modelo estadunidense para educação médica descrito no Relatório Flexner (ALMEIDA FILHO, 2010). Tal perspectiva é organizada a partir da fragmentação do cuidado, guiada pela lógica biologicista, com foco na queixa, num desenho hierarquizado em categorias profissionais onde o médico exerce a hegemonia das decisões e condutas.

O sentido de integralidade no cuidado demandado pela população trans, em contraponto ao modelo flexneriano de combate à doença, deve atender suas reais necessidades e acontece nas interações entre as pessoas. Deve ser produzido em rede entre serviços num cuidado partilhado e qualificado para lidar com a complexidade das necessidades. Um olhar pra além da queixa, que abrange os aspectos relacionais entre usuárias/os e cuidadoras/es que tem a dimensão preventiva e promocional também como horizonte.

O controle do acesso de pessoas transexuais aos procedimentos de alterações corporais via diagnóstico médico evidencia um imperativo sobre o desejo das pessoas e seus corpos, com um risco de apagamento de sua autonomia enquanto sujeitos, questionados por não responder a uma simetria sexo-gênero-desejo de acordo com a normativa vigente padronizada de gênero (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009). O campo de saber médico vai exercer papel fundamental na forma como o corpo travesti/trans é lido em nossa cultura, e suas práticas reguladoras reforçam o discurso prevalente de patologização/discriminação.

Discutir o cuidado em saúde no processo transexualizador no SUS a partir da oferta dos procedimentos de intervenção deve considerar a visão de profissionais específicos sobre o corpo transexual. A mera oferta de técnicas de cuidado não expressa a real dimensão necessária ao cuidado.

2.6 A PSICOLOGIA NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR NO SUS

O olhar atual da Psicologia para a transexualidade, que historicamente vem sendo estigmatizada pelos discursos jurídicos, médicos, políticos e também psicológicos, procura afastar-se da herança psiquiátrica tradicional que patologiza os gêneros, o que impulsiona uma discussão acerca da atuação da/do psicóloga/o frente ao sujeito transexual, a nível institucional.

As normativas de início previam a participação de psicólogas/os dentre outros profissionais, atestando a condição transexual nas avaliações e indicações cirúrgicas de cada caso. Note-se que o que inicialmente justifica a participação de psicólogas(os) durante o acompanhamento de pessoas trans é atestar a “permanência desse distúrbio de forma contínua e consistente por, no mínimo, dois anos” para garantir o diagnóstico de transexualidade que respalda as ações do profissional médico nas intervenções cirúrgicas, conforme Resolução do CFM 1955/2010. Em muitos escritos sobre o tema, podemos perceber que a compreensão da participação da Psicologia nesta modalidade se limita à avaliação psicológica e/ou

psicoterapia para atestar a aptidão para a(s) cirurgia(s), de forma que a pessoa tem de se submeter a um e/ou outro procedimento de acordo com cada equipe.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) vem construindo uma discussão de afirmação da inserção de psicólogas/os no processo transexualizador, e suas possibilidades de contribuição de forma não apenas por uma necessidade de resposta a protocolos médicos ou a exigência institucional de autorização cirúrgica. Destaca os atributos da profissão que pode contribuir para o processo de forma ampla, seguindo procedimentos, técnicas e meios diversos já instituídos na prática psicológica.

Psicanalistas também vêm discutindo e publicando trabalhos que articulam gênero, sexualidade e psicanálise, a partir dos desafios que a clínica apresenta, reavivando a grande produção freudiana sobre despatologização da ordem sexual. A partir da concepção de uma polimorfia da sexualidade infantil, a concepção psicanalítica evidencia que não há uma estabilidade que confere o selo de normal nos assuntos sobre sexo (MARIOTTO, 2018).

Através da Nota Técnica de 2013 e da Resolução 01/2018, o CFP aponta que o papel da/o psicóloga/o possui o desafio de contribuir para a reflexão sobre o respeito à dignidade humana e a eliminação do preconceito e da discriminação contra pessoas transexuais e travestis. Estes documentos remetem a uma discussão sobre a despatologização das identidades trans, traçam recomendações aos profissionais no intuito de reconhecer e legitimar as identidades de gênero discordantes e destacam os determinantes sociais como interferentes quando há adoecimento psíquico.

A resolução 01/1999 do CFP, que estabelece as normas de atuação para as/os psicólogas/os em relação à questão da orientação sexual, foi um importante posicionamento ao reconhecer que a homossexualidade não constitui doença, distúrbio ou perversão e que os psicólogos não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados.

No entanto, mesmo após quase 20 anos de sua publicação, o assunto ainda causa grande polêmica entre os profissionais. Em setembro de 2017, a Resolução 01/99 foi alvo da Ação Popular nº 1011189-79.2017.4.01.3400, movida por um grupo de psicólogas e psicólogos defensores do uso de terapias de reversão sexual. Ainda em setembro, a Justiça Federal da Seção Judiciária do Distrito Federal acatou parcialmente o pedido liminar,

reabrindo o debate sobre o uso de terapias de reversão sexual¹². Esta reação negativa entre psicólogos/os reflete o caráter moral, religioso e predeterminado de normalidade impresso sobre o desejo de controle do comportamento alheio.

Da mesma forma, a resolução 01/2018 do CFP que estabelece normas de atuação para psicólogas/os em relação às pessoas transexuais e travestis, sofreu grandes sanções ao determinar que a transexualidade e a travestilidade não são patologias. A marca desta resolução ainda recai sobre a ideia de que as identidades de gênero são auto declaratórias e que a transfobia precisa ser enfrentada¹³.

A elaboração de relatórios como resultado da avaliação psicológica consta como uma das atribuições profissionais da Psicologia. No processo transexualizador, a avaliação psicológica pode ser um recurso para sistematização das características da pessoa para decisão entre sujeito e a equipe, do momento mais oportuno para as mudanças demandadas e suas consequências, para expressar o significado que a cirurgia tem para o sujeito, que motivações estão envolvidas, assim como a possibilidade de atender suas expectativas, mas este não deve ser o único fim da intervenção psicológica junto à população trans. Produzir uma impressão técnica sobre tais vivências, confirmar a presença ou ausência de características esperadas não é o limite do trabalho da psicologia junto à população trans.

Quando requerida, a avaliação psicológica deve funcionar como processo de construção e transformação da trajetória na condução do cuidado, que tem uma dimensão interventiva para o autoconhecimento do sujeito avaliado. A avaliação pode ser vista como um instrumento para auxiliar na organização do processo transexualizador. Pode ser resultado de um entendimento coletivo a partir de reflexões acerca das normativas de gênero vigentes em nosso meio e as interferências em nossas escolhas. A avaliação psicológica pode utilizar de instrumentos próprios da Psicologia para obter informações que julgar necessárias. Neste sentido, as escolhas das ferramentas a serem utilizadas devem refletir o critério dos aspectos relevantes para o fim a que se propõem avaliar.

A Portaria n.º 2803/2013 destaca a necessidade de se estabelecer padronização dos critérios de indicação para a realização dos procedimentos de transformação do fenótipo masculino para feminino e do feminino para o masculino. Para além da centralidade das cirurgias, embora a transgenitalização e demais cirurgias previstas sejam um grande interesse

¹² CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Ação contra Resolução CFP 01/2018 é extinta novamente pela justiça. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/justica-reafirma-competencia-normativa-do-conselho-federal-de-psicologia/>>. Acesso em: 21/05/2020.

¹³ CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Em defesa da Resolução 01/99, CFP aciona STF. Disponível em: <<https://site.cfp.org.br/cfp-aciona-stf/>>. Acesso em: 21/05/2020.

na busca pelos serviços credenciados e um grande foco de direcionamento na compreensão do acompanhamento exigido, o processo transexualizador tem a responsabilidade de ofertar o cuidado integral respeitando a autonomia do sujeito. E a Psicologia, o desafio de encontrar uma inserção que oferte a escuta e seu legado de forma que responda às reais necessidades da população em destaque, preservando o direito ao próprio corpo e às diversas formas de subjetivação da transexualidade. Estudos registram reflexões relevantes relacionadas à atuação de psicólogas/os no processo transexualizador no SUS que atrapalham de diversas formas o caminho já bastante oneroso das pessoas em busca dos dispositivos de saúde que lhes é de direito (GASPODINI; RISSI, 2013).

A intervenção da Psicologia também deve avançar para a busca de atuações que superem o senso comum de eleger a psicoterapia individual como única alternativa ao cuidado. Sobretudo porque a psicoterapia não pode ser uma oferta compulsória, protocolar, obrigatória. Deve ser mais uma opção como possibilidade de superação de conflitos e elaboração do sofrimento psíquico se dela o sujeito precise e queira lançar mão. Na psicoterapia, a exigência de um procedimento que representa um acompanhamento que exclui a iniciativa da pessoa contraria os princípios de implicação e de reconhecimento de um incômodo próprio para a realização do processo psicoterápico. Teixeira (2013) relembra que a clínica psicanalítica está para ouvir o sujeito no percurso de construção de seus desejos, e não no lugar de quem autoriza ou não esses desejos.

Bento (2014) e Borba (2016) apontam que transexuais que frequentam os serviços para realizar a cirurgia de transgenitalização, estabelecem um jogo de convencimento com os membros da equipe para obterem um diagnóstico favorável e aprovação para os procedimentos médicos. Desta forma, questionam o lugar da/do psicóloga/o na equipe, como mais um especialista com uma escuta atravessada pela impossibilidade do sujeito falar de seus medos, desejos, anseios, para quem vai atestar sua aprovação (ou não) num acompanhamento imposto às/aos candidatas/os.

Arán (2005) assinala que o diagnóstico permite o acesso ao tratamento, mas estabelece a necessidade de acompanhamento obrigatório por dois anos. O processo transexualizador evidencia os questionamentos a um direito sobre si expressos nestas experiências de alterações e reinvidicações cirúrgicas, mas como resposta, não deixa de ter um caráter ‘ortopedizante’ pela oferta dos procedimentos para realizar, mediante tecnologias cada vez mais avançadas, a normatização do gênero alinhando-o a características sexuais e a uma determinada genitália correspondente.

Algumas pessoas consideram a realização de modificações corporais, sobretudo a cirurgia de transgenitalização, um evento vital para a construção de si, sendo a possibilidade de modificação corporal fundamental para o delineamento de seus projetos de vida. É importante considerar em que contexto se dá a opção pela transformação corporal, já que o grau de vulnerabilidade da população trans no país é crescente e as alterações corporais e as cirurgias podem se apresentar como uma possibilidade de reconhecimento social. A questão da passabilidade, a condição de passar despercebida/o, ter características tão próximas das características ‘naturais’ de um gênero que não se nota ‘diferença’, é uma estratégia de lidar com a transfobia, ao proporcionar uma invisibilidade e um senso de proteção. Por outro lado, a crítica recai sobre o reforço das padronizações de gênero que a passabilidade estabelece, piorando e inviabilizando a situação para aquelas pessoas cujas características biológicas são muito marcantes em determinadas áreas do corpo, denunciando-as como não ‘autênticas’, *não passáveis*. Tal característica, a depender do contexto, pode favorecer o aumento da vulnerabilidade desta pessoa.

O trabalho de Sampaio e Coelho (2013) aponta para uma reflexão do compromisso da Psicologia no atendimento desta clientela. As autoras trazem uma indagação interessante: o diagnóstico de transexualismo e o direito às cirurgias e tratamentos solicitados pelas/os transexuais teriam como principal objetivo assegurar um direito ou seriam, também, uma forma de garantir a manutenção dessas normas? Ainda nesta perspectiva, podemos nos incomodar: se a livre expressão da diversidade de gênero fosse possível em suas mais variadas formas, as cirurgias seriam tão requeridas como são? Entre uma e outra questão, há diversas possibilidades que devem ser consideradas, posto que as possibilidades de subjetivação dependem das contingências que se apresentam (ARÁN, 2005).

Na escuta de pessoas trans, não é raro o caso do sujeito transexual, em sua maioria mulheres, referirem à cirurgia de transgenitalização, ou de redesignação sexual, como cirurgia de *resignação* sexual, num ato falho que desnuda uma das questões a se pensar diante do apelo de confeccionar uma outra genitália. Resignação: substantivo feminino, ação de se resignar, de se submeter ao desejo de uma outra pessoa ou à ação do destino; ação de aceitar pacificamente. Ao fim e ao cabo, esta não será para muitas, a resposta aos seus projetos de si: obter uma genitália, redesignando o sexo, *resignando-se* na obtenção do modelo simétrico determinado e obter o título de mulher “de verdade”? Essa verdade produzida pela medicina traduzida numa classificação descritiva que se autoriza a decidir sobre o outro, limita a compreensão da experiência da transexualidade de forma mais ampla, recorrendo ao modelo

cisnormativo como padrão de alcance. Não se pretende anular a intervenção cirúrgica como alternativa; no entanto, um aceno a se problematizar escolhas e expectativas.

Neste contexto, podemos destacar um paradoxo em torno da obrigatoriedade de acompanhamento por dois anos: por um lado a defesa da autonomia das pessoas trans na decisão sobre seus corpos, sem necessidade de um outro a falar sobre si; por outro, uma oportunidade de provocar reflexões sobre como a transexualidade está inserida no discurso da sociedade e como as escolhas e expectativas em torno das alterações em seus corpos são negociados com a retórica da aceitação para corpos tanto mais próximos de corpos cis.

A depender de como a escuta psicológica se posiciona, o acompanhamento oportuniza, a partir do acesso aos serviços e da oferta de cuidado, o estabelecimento de um dispositivo que pode consistir na construção subjetiva do significado das cirurgias, ou pode ganhar outros direcionamentos de forma bastante produtiva, deslocando da exigência de confirmação de diagnóstico ou de autorizações.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste tópico apresento o percurso construído para realização da pesquisa, descrevendo os elementos que compuseram a organização das etapas do estudo. Busquei como fim analisar os elementos que perpassam o discurso da psicologia no processo transexualizador, obtendo um recorte a partir da compreensão de como psicólogas/os vivenciam e falam sobre sua atuação. Para este fim, procurei tecer um diálogo sobre o cuidado à transexualidade e perceber em que medida o discurso médico está incorporado nas práticas psicológicas descritas nos depoimentos analisados.

3.1 NATUREZA DA PESQUISA

Este estudo se caracteriza por uma abordagem qualitativa, no qual o interesse da pesquisa está voltado para o significado dos fenômenos, fatos, eventos, partilhados culturalmente e que dão contorno à vida das pessoas. Perguntas sobre valores, crenças, representações e relações são mais bem respondidas pela pesquisa qualitativa, pois permite incorporar a questão do sentido e da intencionalidade dos eventos e contribui para um maior entendimento dos problemas envolvidos. Considera que o campo de observação é onde o sujeito vive sua realidade, inteira e intensamente permeada pelo campo simbólico e afetivo, onde não há controle das variáveis (MINAYO, 2010).

O trabalho qualitativo não se pauta por quantificações de ocorrências ou estabelecimento de relações de causa e efeito, mas permite uma escuta aprofundada que propicia à/ao pesquisadora/pesquisador uma aproximação afinada da questão (TURATO, 2005).

A temática da transexualidade remete a contradições, crenças, dubiedades, interditos, que ganham melhor explicação pela interpretação do cotidiano e das experiências do senso comum. O corpo humano está atravessado pelas determinações das condições, situações e estilos de vida com significados singulares. O estudo foi realizado por meio da análise interpretativa dos recursos que compõem a fonte de dados pesquisados, onde o significado dos fenômenos dependem das experiências subjetivas das pessoas mediados pelas percepções pessoais do investigador.

Procurei referenciar a discussão com a fidedignidade ao material pela busca de consensos, com a compreensão da realidade pelo princípio do conflito e da contradição como algo permanente, que se afinam ao modo de exploração e interpretação dos conteúdos a que se propõe a hermenêutica dialética. Tomei tal referencial metodológico por entendê-lo como um caminho do pensamento que nos auxilia na compreensão da realidade resultante de múltiplas determinações, a partir da articulação entre estes dois conceitos, hermenêutica e dialética, numa ligação sólida e fértil (MINAYO, 2010).

A hermenêutica busca o sentido existente na comunicação entre os seres humanos, com ênfase na linguagem como sua intermediadora. É a arte da compreensão, tem um sentido de movimento por conta de seu dinamismo, o compreender é o entendimento de uns com os outros, e só tem sentido como possibilidade de transformação da realidade observada. A abordagem hermenêutica busca diferenças e semelhanças entre o contexto dos autores e o contexto do investigador, busca entender os fatos, os relatos e as observações e apoia essa reflexão sobre o contexto histórico.

Já a dialética é a arte do estranhamento e da crítica, da pergunta e da controvérsia. Busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os aspectos contraditórios para realizar uma crítica sobre eles. Este conhecimento crítico está condicionado ao contexto e à visão de mundo de quem analisa, marcando o encontro entre diferentes e permitindo chegar a um entendimento. O pensamento dialético valoriza os processos na dinâmica das contradições entre classes, grupos e culturas. Entende a linguagem como um veículo de comunicação e dificultador desta comunicação, pois escondem e expressam em seus significantes a realidade dos conflitos pela desigualdade, dominação, exploração, mas também resistência e conformidade.

A articulação da hermenêutica com a dialética é, portanto, um importante caminho para fundamentar pesquisas qualitativas, na medida em que é possível valorizar as complementaridades e divergências entre elas. Enquanto a hermenêutica enfatiza o consenso, a mediação e o acordo, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso e a crítica, buscando as diferenças e semelhanças entre o contexto do sujeito e o contexto do pesquisador.

Entender a realidade que se expressa num evento é também entender-se no outro ao observá-lo, descobrindo o que há de intersecção. Por outro lado, compreender só é possível se houver um estranhamento daquilo que não soa familiar, que não está explicado, que incomoda, “pois a necessidade do entendimento nasce do fracasso da linguagem e da própria incompletude e finitude humana” (MINAYO, 2010, pg. 343).

Nesta perspectiva, o fato de eu, como pesquisadora, ser também uma psicóloga em um serviço que tem o mesmo perfil do objeto da pesquisa, traz o desafio de estabelecer um olhar para aquilo que é familiar, buscando o que de estranho permanece, num grau que permita observar aproximações e distanciamentos acerca do discurso sobre as práticas psicológicas nos serviços elencados.

3.2 LOCUS DA PESQUISA

A escolha do campo de estudo considerou os interesses da pesquisa no depoimento das/dos psicólogas/os inseridas/os no acompanhamento da população trans para as cirurgias do programa. O campo de estudo visava obter o depoimento sobre a atuação que é ofertada em locais específicos do sistema de saúde, pois são apenas cinco hospitais credenciados pelo Ministério da Saúde que podem realizar as cirurgias no âmbito público. A escolha por serem os serviços que realizam as cirurgias do programa se fez por serem aqueles que têm a obrigatoriedade do acompanhamento multidisciplinar, e a presença da psicologia muitas vezes é entendida como uma atuação instrumental, de ação pontual, o que questionamos como limite.

Portanto, era preciso escutar psicólogas/os destes serviços e conhecer, por meio de seus depoimentos, o sentido do acompanhamento e as interferências do discurso da medicina. Assim, foram considerados os depoimentos de psicólogas dos serviços do Rio de Janeiro, São Paulo e Goiânia, pois forneceram carta de anuência para a pesquisa, autorizando as entrevistas.

O depoimento de psicólogas/os do serviço do HC de Porto Alegre - RS, apesar dos esforços empreendidos, não foi possível, pois a pesquisa não obteve autorização do hospital em tempo hábil para compor o estudo. No entanto, as pesquisas bibliográficas e material público disponível produzido sobre o assunto com depoimento de um dos membros da equipe daquele serviço, auxiliaram nas reflexões.

O depoimento de psicólogas/os do serviço de Pernambuco não fez parte da coleta de dados por conflito de interesses, posto que sou psicóloga naquele serviço e a pesquisadora deste estudo. Mas minha experiência de trabalho serviu de repertório para observar o quê de comum e divergente existe entre todos os serviços que ofertam os procedimentos cirúrgicos previstos, sobretudo de transgenitalização, que parece ser a cirurgia que exerce maior preocupação sobre sua decisão. Desta forma, busquei compreender os dados para compor um panorama da assistência psicológica no processo transexualizador, analisando depoimentos de profissionais de três dos cinco serviços credenciados para os procedimentos cirúrgicos no Brasil.

3.3 PARTICIPANTES

A seleção dos sujeitos entrevistados teve como critério de inclusão ser psicóloga/o participante das equipes do processo transexualizador nos serviços credenciados para os procedimentos cirúrgicos, que aceitasse dar seus depoimentos, e cuja chefia tivesse fornecido anuência para realização da entrevista com a/o profissional de sua equipe, conforme exigência do Comitê de Ética em Pesquisa do HC/UFPE. Neste sentido, quatro psicólogas dos serviços credenciados do Rio de Janeiro, de São Paulo e de Goiânia compuseram a principal fonte dos dados das entrevistas, disponibilizados mediante prévio consentimento.

A tabela abaixo ajuda a visualizar a distribuição dos hospitais universitários de referência para as cirurgias do processo transexualizador com a distribuição do número de psicólogas entrevistadas e de profissionais de psicologia de referência para o acompanhamento em cada serviço, assim como os setores aos quais a psicologia está atrelada e por onde se realiza o acesso da pessoa interessada. Estão inclusos na tabela, os dois outros serviços credenciados, mas não participantes, apenas a título de ilustração do conjunto dos serviços.

Tabela 2 - Distribuição das psicólogas entrevistadas por serviços

Localização dos serviços credenciados	Nº Psicólogas/os entrevistados	Nº Psicólogas/os nas equipes	Setor de vinculação da psicologia no processo transexualizador
Porto Alegre – RS	0	Sem informação	Psiquiatria
São Paulo – SP	2	4	Endocrinologia
Goiânia – GO	1	1	Ginecologia
Rio de Janeiro – RJ	1	1	Urologia
Recife – PE	0	2	Espaço Trans

Fonte: a autora, 2019

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

No percurso da pesquisa para cumprir os objetivos propostos, foram realizadas as atividades de: a) revisão da literatura de produções acadêmicas, não acadêmicas e de pessoas trans e do movimento social sobre as transidentidades e suas vivências; b) revisão de legislações, resoluções e notas técnicas que regulamentam a implementação de políticas públicas e a prática de categorias profissionais da saúde envolvidas; c) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa d) entrevistas com profissionais psicólogas/os que atuam nos serviços selecionados; e) Análise documental da gravação da entrevista realizada no programa Diálogos Digitais, promovido pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP acerca da avaliação psicológica no processo transexualizador no SUS; f) análise dos dados obtidos; g) sistematização da escrita.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EBSEH no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC-UFPE), sob registro CAAE 03105918.7.0000.8807, obtendo Número do Parecer de aprovação: 3.209.859 em 20 de março de 2019.

Para sua aprovação, foi necessário obter a carta de anuência dos serviços que psicólogas/os estavam inseridos. Com isso era necessário efetuar contato com as chefias de cada serviço aos quais o processo transexualizador era atrelado em cada instituição, como demonstrado na tabela 2 acima. Isso despendeu bastante tempo, pois não encontrei informação sobre o processo transexualizador nos sítios eletrônicos informativos dos hospitais credenciados, ou os endereços eletrônicos obtidos não correspondiam à pessoa responsável. Só foi possível estabelecer o contato com alguma pessoa de referência após indicação de

profissionais, obtida junto ao Ministério da Saúde, ou por pessoas conhecidas da assistência e do movimento social e ainda assim, com informações desatualizadas.

De posse dos contatos das chefias dos serviços, deparei-me agora com a dificuldade em estabelecer contato com a coordenação dos serviços envolvidos, para apresentar a pesquisa e obter carta de anuência. Dada a grande distância física entre a minha localização e os serviços, o contato com as chefias utilizou-se preferencialmente de e-mail e telefone como vias de comunicação. A demora na resposta, no envio do documento de anuência e na solução de procedimentos burocráticos provocaram alterações no cronograma.

As poucas informações e dados sobre o serviço de Porto Alegre - RS da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, foram obtidas em uma breve participação minha numa reunião técnica da equipe do processo transexualizador, agendada junto à chefia daquele serviço, e que rendeu algumas notas de campo que foram consideradas na composição dos dados. O intuito era obter a anuência para pesquisa, que não foi fornecida a tempo da realização do estudo, ausência que ficou representada na tabela 1 apresentada anteriormente.

Encontrei disponibilidade de alguns profissionais em darem seus depoimentos, mas também encontrei resistências no contato para entrevista e grandes dificuldades burocráticas e demora em outros serviços para anuência da pesquisa. As chefias dos serviços forneceram o contato das profissionais entrevistadas, que foram consultadas/os para averiguar o interesse na participação da pesquisa.

As entrevistas semiestruturadas foram utilizadas como um dos instrumentos de obtenção dos dados que interessam à pesquisa, utilizando-se da palavra como via primordial de conhecimento dos valores, dos símbolos e sentimentos da pessoa entrevistada. As entrevistas fornecem as informações que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado, e que tratam da reflexão do próprio sujeito acerca da realidade que vivencia, sendo os conteúdos subjetivos obtidos em função da contribuição da pessoa, garantindo-lhe o sigilo e o anonimato.

O roteiro das entrevistas abordou a relação dos sujeitos entrevistados com a instituição, sua história profissional desde o ingresso no programa, o envolvimento com a temática da transexualidade, interlocução com a medicina e seus critérios e protocolos, aspectos relevantes na assistência e no acompanhamento pré-cirúrgico, interlocução com a equipe, funcionamento do serviço.

Foram entrevistadas duas psicólogas no serviço de São Paulo – SP, uma psicóloga do serviço do Rio de Janeiro - RJ, e uma psicóloga do serviço de Goiânia - GO. O número

reduzido de quatro pessoas entrevistadas é reflexo do número reduzido de profissionais psicólogas/os presentes nas equipes responsáveis pelo processo transexualizador de cada localidade, que no serviço de São Paulo conta ao todo com quatro profissionais psicólogas encarregadas da demanda referenciada para psicologia; no Rio de Janeiro conta com uma única profissional psicóloga referenciada para este cuidado, assim como em Goiás, contando também com apenas uma psicóloga na equipe.

Inicialmente as entrevistas utilizariam um meio de comunicação à distância, mas dada a oportuna ocasião da realização do I Encontro Nacional dos Centros de Atendimento à População Transexual, promovido pelo Hospital Israelita Albert Einstein, em parceria com a PROADI-SUS em abril de 2019, na cidade de São Paulo - SP, tive as despesas pagas em resposta ao convite para participar do evento, e aproveitei para realizar as entrevistas presencialmente com as psicólogas de São Paulo e Goiânia (esta última estava participando do mesmo evento) na própria cidade de São Paulo. Viajei em seguida para realizar a entrevista presencial com a psicóloga do serviço do Rio de Janeiro. As discussões do próprio encontro também serviram de base para as reflexões e questionamentos apresentados neste trabalho, e pode-se assinalar que há muita polêmica gerada nos espaços de discussão em que estão profissionais de diversas categorias, pesquisadoras/es, usuárias/os, gestoras/es, e refletem quão diversa é a discussão da temática, em que os conceitos estão em constante tensionamento e construção e as relações de poder sobre os saberes estão sendo disputadas. Há um lema no meio acadêmico e no movimento social que se expressa na frase “Nada sobre nós sem nós”, que defende a produção científica baseada nas experiências reais da diversidade sexual e sobretudo com a participação de pessoas trans como pesquisadoras/es. Este é um dos caminhos necessários.

As entrevistas presenciais foram gravadas com permissão das depoentes, com duração média de 1h40m, realizadas em locais escolhidos pelas entrevistadas, com garantia de respeito às suas privacidades após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O material gravado foi posteriormente transcrito e impresso para melhor manuseio e análise. Para descrever os trechos dos depoimentos, utilizei nomes de flores como pseudônimos escolhidos aleatoriamente, para identificar as informantes, resguardando o sigilo sobre suas identidades.

A análise documental permitiu incorporar informações apresentadas no programa Diálogos Digitais¹⁴, realizado na data de 05 de dezembro de 2018 a respeito das avaliações

¹⁴ BRASIL. Conselho Federal de Psicologia. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=JAXfWsfEaWM&feature=youtu.be>>. Acesso em: 21/05/2019.

psicológicas para cirurgia de redesignação genital durante uma conversa pública promovida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP).

As entrevistas semiestruturadas, as notas de campo e a análise documental buscavam identificar as principais características do trabalho da Psicologia nestes serviços credenciados, conhecendo a inserção da categoria no programa, suas experiências anteriores ligadas à temática, conceitos norteadores sobre a transexualidade, estruturação dos serviços, historicidades, funcionamento, propostas de oferta da assistência psicológica e suas contribuições, instrumentos e técnicas utilizados, relação entre psicólogas/os e usuárias/os, a compreensão sobre a obrigatoriedade do acompanhamento e os aspectos relevantes a serem trabalhados; a participação da categoria no processo decisório, experiências de trabalho, a interlocução com as equipes, a interlocução com outros serviços e semelhanças e diferenças entre as práticas de cada das/dos profissionais em cada serviço.

3.5 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

O estudo valorizou as complementariedades e divergências entre os depoimentos, como forma de investigar a relação entre a atuação da Psicologia, os elementos relevantes no acompanhamento e os critérios diagnósticos que caracterizam a nomeação médica da transexualidade, a fim de observar a influência dos conceitos da medicina na assistência psicológica dirigida à população trans.

Após a escuta e leitura repetida do material coletado, estabeleci inicialmente uma divisão e ordenação dos conteúdos recorrentes ou diretamente ligados ao objeto de estudo. Busquei observar as contradições e os elementos em comum, o que surgia de inovador e o que permanecia como familiar nas falas, além de metáforas utilizadas como expressão do pensamento das/dos entrevistadas/os, que realça ou encobre os conteúdos e suas contradições.

A partir destas observações, foi feito um agrupamento das falas, observando as diferenças e convergências presentes, classificando-as por núcleos de sentido. Estas unidades de sentido são organizadas a partir das semelhanças e favorecem a nomeação de temas que caracterizavam o conteúdo discursivo disposto, auxiliando o processo hermenêutico.

Como forma de aprofundar a análise, a sistematização das metáforas presentes no discurso foi organizada de modo que auxiliasse na percepção do que se encobre e do que realça dos conteúdos estudados, ao permitir pela sua interpretação, as ambiguidades e contradições presentes. Por esta trajetória analítica, foi possível compreender os sentidos socializados pelos sujeitos pesquisados, a partir de suas vivências e como as conceitualizam.

Para viabilizar operacionalmente este processo, utilizei um quadro de análise (quadro 2 no apêndice), que foi preenchido inicialmente com os trechos das entrevistas considerados significativos; uma segunda coluna reuniu as unidades de sentido, sintetizando parcialmente expressões relevantes para a interpretação das falas; a terceira coluna reuniu as metáforas e figuras de linguagem contidas nas falas; a última coluna foi reservada aos termos que nomearam o tema ligado ao conjunto de falas correspondentes.

Utilizei como temas centrais a Organização do serviço; Fluxo de trabalho; Participação da psicologia; Inserção da psiquiatria; Conhecimento e conceituação da temática transexualidade; Capacitação de profissionais; Acompanhamento; Instrumentos utilizados; Interlocução com equipe. Estabeleci três principais categorias de análise como eixos que norteiam a discussão. Estes eixos não são fixos, mas se entrelaçam para compor a complexidade que representa o atendimento ao processo transexualizador no SUS: a) Organização dos serviços; b) Características da atuação da Psicologia; c) Aproximações entre critérios da medicina e atuação psicológica.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os três serviços habilitados na modalidade hospitalar para o processo transexualizador no SUS cujas psicólogas foram entrevistadas têm uma longa trajetória de realização de cirurgias de transgenitalização. Todas as psicólogas entrevistadas contavam uma atuação de mais de 10 anos de envolvimento no acompanhamento da população trans em cada um dos seus serviços e já atendiam a população trans muito antes mesmo da elaboração da primeira regulamentação com a portaria GM/MS 1707/2008. Desta forma, introduziram a transexualidade como discussão de cuidado no SUS e sustentaram a presença precoce da Psicologia nas equipes no acompanhamento nos hospitais credenciados aos quais cada uma era vinculada.

Algumas destas profissionais, em seu trabalho pioneiro, são testemunhas da peregrinação de pessoas trans que buscavam os hospitais universitários para dar conta de suas necessidades de cuidado quando nem se falava do tema como política pública. Neste trabalho institucional, recebiam demandas desafiadoras para o campo da saúde, seja pela técnica em si de procedimentos cirúrgicos, seja pelas discussões éticas e clínicas que permeiam a questão trans, trazendo um interesse por procedimentos e intervenções antes não pensadas e não ofertadas pelas práticas clínicas.

O público trans atendido pelas psicólogas entrevistadas nos hospitais credenciados, em sua totalidade é de adultos, homens e mulheres, a partir dos 21 anos. Embora não atendam crianças nem adolescentes, há o relato de interesse em depositar-lhes mais atenção, por considerar que a criança transgênero está sujeita a vivenciar, em seu processo de desenvolvimento e amadurecimento, aspectos que interferem no seu bem-estar, como as consequências do bullying, da evasão escolar, da expulsão de casa por sua identidade de gênero e do sofrimento psíquico inerente. O interesse reforça a necessidade de compreensão de um cuidado mais ampliado e de um olhar para a transexualidade em tempo precoce, com ofertas nos serviços que vão além das intervenções corporais.

Uma das psicólogas entrevistadas participou, em 1998, da primeira cirurgia de transgenitalização realizada após a criação da primeira regulamentação do procedimento cirúrgico pelo CFM no Brasil. Ao se referir ao episódio, relata que foi um momento marcante, muito esperado pela equipe que acompanhava essa pessoa há muitos anos. Na época foi responsável também pela elaboração de laudos para a realização de cirurgias de transgenitalização em mulheres trans fora do país, quando o procedimento ainda nem era autorizado no Brasil.

“Porque era a nível experimental ainda e a professora sempre querendo ajudar esses pacientes. Após a lei em 1997, que a gente já atendia a nossa primeira cirurgia que foi em 1998. Foi marcante, porque a gente já atendi esses pacientes muito antes. Eu lembro que essa nossa paciente começou antes sem a lei. [...] A gente deu o laudo, porque ainda não fazia no Brasil, só fomos fazer em 1998 a primeira”. (Orquídea)

Os relatos demonstram uma participação da psicologia muito remota que se deu não pelas exigências regulamentares, mas por interesses particulares de profissionais da saúde, com contribuições que favoreciam o acesso aos procedimentos, mesmo quando as cirurgias eram realizadas no exterior.

O interesse para hormonização no desenvolvimento de caracteres sexuais secundários femininos ou cirurgias de transgenitalização para constituição da vulva, continuam sendo as intervenções de maior procura nos hospitais entrevistados. A organização do trabalho nos setores onde a população trans é atendida segue uma rotina de atendimentos ambulatoriais de determinada especialidade médica. Em função da disponibilidade, interesse e expertise de profissionais médicas/os das especialidades de urologia, endocrinologia ou ginecologia, diante da procura por procedimentos específicos da população trans, em cada hospital um determinado ambulatório dessas especialidades assumiu a iniciativa e desde então passou a ser até hoje, a referência de acesso ao cuidado e orientadora do fluxo de entrada no

atendimento da população trans. Estes setores funcionam como espaços dirigidos de atendimento onde a lógica médica ganha centralidade e em geral estão ligados a um setor que concentra a expertise da cirurgia de transgenitalização. A psicologia, por já fazer parte da equipe de cada ambulatório de referência para acesso, foi incorporada no processo de cuidado da pessoa trans, a convite da/do médica/o responsável pela intervenção hormonal ou cirúrgica.

Cada psicóloga, nas suas diferentes instituições, segue uma rotina tradicional de suporte psicológico a partir dos encaminhamentos por médicas/os da equipe das pessoas atendidas e em tratamento por algum agravo clínico relacionado ao ambulatório de referência em cada instituição. No processo transexualizador, a participação da psicologia segue o mesmo roteiro, adaptando sua carga horária para atendimento da clientela trans e diversas outras demandas ambulatoriais que não fazem parte deste cuidado. Portanto, os serviços credenciados não se configuram como centros dirigidos exclusivamente para a população transexual e travesti, mas são parte da intensa rotina daquelas especialidades clínicas com outras demandas e agravos e que se tornaram porta de entrada ao processo transexualizador em cada hospital.

“Eu sou lotada na reconstrução genital, ligada à urologia. Eu atendo outras questões que não só a transexualidade”. (Begônia)

“Sim nós temos dias né, exatamente como são várias clínicas e várias equipes, então eu tento acompanhar os dias e eu dedico dois dias do meu trabalho, e se for necessário aliás mais, dois dias para assistência ambulatorial, um outro horário para as reuniões multiprofissionais que a gente faz com a equipe do programa”. (Azaleia)

“Porque a gente tem demanda de muitos outros pacientes, porque eu tô numa endócrino, eu atendo puberdade precoce, atendo DDS, atendo tumores, atendo transexuais, tireoides, atendo liga de diabetes e dou aula para esses alunos, treinando. E o meu carro chefe é o intersexo, como já te falei. Simplesmente é um ambulatório enorme, entre as colegas a gente divide, eu tenho essas patologias, a outra colega tem algumas outras patologias, como neuroendócrino, fica tudo com ela, ela fica com trans que me ajuda, eu fico com os que falei. [...] Então, é um ambulatório enorme, amplo, atuante e que requisita muito o nosso trabalho”. (Orquídea)

O cuidado à pessoa trans fica caracterizado como mais uma das atribuições clínicas diagnósticas que o serviço de psicologia incorpora naquele ambulatório específico. Há uma divisão dos horários dedicados a cada clientela por jornada de trabalho, o que na prática se traduz em poucos momentos dedicados à população trans, num trabalho pouco partilhado com outras especialidades e setores envolvidos no processo transexualizador.

É a partir da consulta com a/o médica/o que a pessoa será então encaminhada para a/o psicóloga/o de referência do programa naquele setor. Neste sentido, a inclusão das psicólogas demonstra uma participação caracterizada como demanda médica.

“O encaminhamento para mim é feito após a primeira consulta com o médico da equipe”. (Flor de Lis)

“Vai para urologia, a gente atende no mesmo ambulatório. Então eles conhecem a paciente, e quando estão com dificuldade vêm até mim e dizem: ‘Olha, eu tô achando que a menina tal tá assim’, aí eu chamo”. (Begônia)

“Inicialmente o fluxo era pela endócrino, porque vinham para hormonização. Então, o fluxo sempre vinha. Só que as “endócrinos” falavam que tem que conversar com a psicóloga, então o fluxo era esse. Mas sempre a gente tinha um psiquiatra depois das portarias, toda aquela parte médica e de legislação pelo SUS, então a gente estruturou um fluxo parecido. A gente não mudou nada disso, mas o fluxo passou a ser pela psiquiatria e aí o primeiro encontro já passa por ele, já faz a triagem, porque você naquele momento vai ver se já precisam de acompanhamento em função de algum transtorno”. (Azaleia)

Teixeira (2013), em discussão sobre como se configura a organização dos serviços, tendo como referência as portarias regulamentares, discorre sobre a ideia que centralizar a entrada no serviço pelas especialidades médicas é enfatizar o lugar de poder daquele que supostamente deteria o conhecimento técnico para o acompanhamento às cirurgias, além de reforçar o caráter de centralidade do procedimento cirúrgico. Não deixo de mencionar a explícita denominação da transexualidade como mais uma das várias patologias assistidas pelo setor de uma/um das/dos psicólogas/os, caracterizando um apagamento do sujeito ao ser referenciado e resumido a uma doença.

“Porque a gente tem demanda de muitos outros pacientes, porque eu tô numa endócrino, eu atendo puberdade precoce, atendo DDS, atendo tumores, atendo transexuais, tireoides, atendo liga de diabetes e dou aula para eles, alunos, treinando. E o meu carro chefe é o intersexo, como já te falei”. (Orquídea)

A participação da Psicologia nesses serviços parece não problematizar junto a médicas/os o fluxo de encaminhamentos para profissionais da saúde mental, que muitas vezes é feito sem qualquer queixa ou sintomatologia, apenas pelo desejo expresso de harmonizar-se ou “mudar de sexo”. Essa condução sugere que o encaminhamento para a psicologia representa mais uma condição normativa de validação da autodeclaração como transexual. Por outro lado, provoca uma participação da Psicologia mais proponente, de forma que esses encontros sejam oportunidade de diálogos e levantamento de questões, onde a oferta se

configura como um espaço de construção de demanda. A depender de como é direcionada a intervenção, pode servir de oportunidade de interlocução com diferentes subjetividades ampliando o olhar sobre o sujeito a partir de outras necessidades, promovendo a saúde e o cuidado de quem procura os serviços (LIONÇO, 2006).

A portaria 2803/2013 garante a participação da psiquiatria e/ou psicologia nas equipes, sem dar, portanto, prioridade a uma ou outra especialidade da saúde, e garantindo que as duas categorias de profissionais podem estar presentes sem que uma exclua a outra, mas é muito comum a presença da psiquiatria como parte do cuidado. Este, aliás, é o primeiro direcionamento no itinerário de cuidado em dois serviços hospitalares pesquisados, passando primeiro pela avaliação de psiquiabras, o que sugere que o lugar das identidades trans ainda carrega de forma implícita a marca de um diagnóstico de transtorno mental como justificativa do desejo pela intervenção cirúrgica. A avaliação psiquiátrica, utilizada para autenticar as decisões tomadas por esta população em relação a seu corpo e sua vivência, e inclusive respaldado pelas próprias psicólogas, intensifica a noção de incapacidade que o diagnóstico de transexual propicia (AMARAL, 2011). Na mesma perspectiva, o fato de serviços que realizam as cirurgias de transformação corporal terem como protocolo obrigatório a consulta psiquiátrica, sem qualquer queixa ou indicação de sua necessidade, denota a escolha por uma decisão médica em manter o estigma patológico (ARÁN; MURTA; LIONÇO, 2009).

“É um critério, porque ele tem que avaliar se ela tem transtorno ou não. Quem fazia a triagem era eu, mas eu sempre passava para a psiquiatria também. Ele (o psiquiatra) foi exatamente admitido para fazer esse trabalho com a gente” (Orquídea)

“[...] elas estavam entrando a partir da marcação de consulta no programa. Então, marcou para o programa, marca na urologia, aí a urologia encaminha para mim e encaminha pra o professor X, psiquiatra. É assim o critério” (Begônia)

O destaque para o laudo da psiquiatria é tamanho que em alguns serviços, ele acaba servindo como critério de ordenamento da fila de espera da cirurgia. Ou seja, a data de produção do laudo psiquiátrico define a ordem da fila. Este toma uma dimensão que extrapola o campo da saúde, ao ser referenciado como um documento que passa a atestar a transexualidade para fins de proteção inclusive em situações de transfobia.

“Então as pessoas vêm fazer o tratamento com o professor X (psiquiatra) e saem com o laudo e isso eu acho muito importante porque é uma nova certidão de nascimento. Eu falo para elas ‘guardem isso com muito apreço’. Porque se acontecer de você entrar no banheiro feminino, se acontecer de você estar em uma boate e disserem a você alguma coisa desagradável, você

mostra o documento, porque é um documento oficial, que você é uma transexual”. (Begônia)

Este aspecto da autenticidade dos documentos médicos remete à interlocução entre as ciências do Direito e da Medicina, na busca pelas explicações dos fenômenos por um campo reservado para dar conta dos estados de anormalidade. Através da suposta perspicácia médica, a possibilidade de validar quais vivências são verdadeiras e quais não são, ficam atestadas num documento probatório como o laudo (CAVALCANTI; SOUSA, 2016).

Apesar da participação de psicólogas nas equipes clínicas e dos relatos de reconhecimento do papel da Psicologia como imprescindível à tomada de decisão em algumas delas, outras equipes, no entanto, negligenciam a opinião da Psicologia como necessária para a realização de cirurgias do processo transexualizador. Num mesmo serviço, segundo o depoimento a seguir, a participação da Psicologia tem importâncias contrárias em diferentes setores.

“Ninguém recebe prótese sem que eu diga que está pronta para receber uma prótese. [...] Eles vão de olhos fechados, porque eles falam ‘esse não é meu trabalho, meu trabalho é ser cirurgião’. Então se eu digo que está pronto pra cirurgia eles vão dizer ‘tá bom’”. (Begônia)

“Eu não conheço ninguém da plástica, mas o professor tem ligação com o professor de lá, então a equipe de lá já sabe o que é. [...] Mas eles não fazem a cirurgia, por exemplo, de mastectomia, se não tiver o laudo. [Mas é o seu laudo?]. Não, só o do psiquiatra. [Então você não tem participação na decisão?] Não”. (Begônia)

“A Psicologia é primordial dentro da urologia, dentro da equipe da cirurgia, o urologista é que faz a parte de hormonioterapia também. Ninguém faz cirurgia se eu não der o ok”. (Begônia)

“A definição da prontidão para o início da hormonioterapia é uma demanda para a Psicologia. Cabe à psicóloga o encaminhamento para procedimentos cirúrgicos, além da cirurgia de redesignação sexual”. (Flor de Lis)

Embora haja o relato de aproximações entre os profissionais envolvidos no cuidado à população trans, não se percebe uma sistemática de discussão sobre os acompanhamentos. A importância dos múltiplos olhares técnicos envolvidos é citada, mas parece haver uma compreensão isolada de cada um deles, onde a existência de laudos e pareceres dessas especialidades servem e se bastam como intermediadores desta comunicação, e como instrumentos validadores do acesso aos procedimentos.

Na trajetória de atuação nesse campo, há o reconhecimento de que na formação universitária nada foi discutido sobre o tema. Como profissionais, não houve aproximação com a transexualidade antes desta experiência de trabalho em serviços especializados, sendo o

aprendizado adquirido a partir das experiências de atendimento. Há o entendimento que a complexidade dessa temática exige cuidadosa formação profissional.

“Eu posso dizer que eu aprendi com elas. Lógico que não aprendi Psicologia com elas, mas quando fui atendê-las aprendi sobre todos os tipos de preconceitos que na minha faculdade eu sequer vi isso. Aliás, as faculdades agora estão falando. [...] A minha formação com elas foi a demanda delas, o humano delas. O que eu poderia ajudar como psicóloga.” (Begônia)
 “A gente também aprende com eles. Toda esta minha vivência com eles, eu não vim pronta. Fui aprendendo.” (Azaleia)

“Porque a gente começou a perceber uma demanda que era muito rejeitada. Os médicos não sabiam como lidar com essa patologia e muito menos eu, eu acho que é psiquicamente, é uma psique muito complexa para nós psicólogos, muito difícil. [...] Mas a gente começou a estudar, atender apenas em psicoterapia até a lei, porque a lei só saiu em 1997 e a gente já atendia esses pacientes, oferecendo a psicoterapia e a hormonização quando a gente percebia que era necessário”. (Orquídea)

Em relação ao acompanhamento e os aspectos relevantes a se observar, assim como os recursos utilizados no apoio ao trabalho, os depoimentos revelam que não há unanimidade no objetivo nem no uso de instrumentais próprios da Psicologia, como os testes psicológico, mas eles aparecem sendo utilizados como um aliado no acompanhamento anterior à cirurgia. São entendidos como instrumentos para dar segurança à profissional que aplica, também referenciado como ajuda na composição do diagnóstico.

“É, o diagnóstico, na minha prática, me dá mais segurança”. “O que eu gosto muito é bateria fatorial. Eu sigo para ter mais segurança [...]” (Orquídea)

“O acompanhamento? Seria uma segurança. Hoje só se utiliza o teste de personalidade e entrevista psicológica. E o resto é acompanhado na sala, aquela vivência, aquela pessoa como trans, as questões que ela está demandando ou as questões que ela também tá questionando”. (Azaleia)

A avaliação psicológica através de testes ou quaisquer instrumentos no processo transexualizador é um ponto nevrálgico no acompanhamento dos procedimentos cirúrgicos. Em algumas modalidades de avaliação, dada a especificidade da atividade a ser realizada, como porte de armas ou dirigir veículos, ela é realizada em caráter compulsório, ou seja, a pessoa não pode se abster de fazer a avaliação, porque existem comportamentos e aspectos da personalidade que seriam contraindicados para tais fins. É citado no programa Diálogos Digitais, promovido pelo CFP, que a avaliação psicológica no processo transexualizador é um procedimento não obrigatório, mas um recurso que a/o psicóloga/o dispõe para ampliar sua capacidade de compreender e decidir sobre determinados aspectos. Embora o uso de testes seja referenciado como forma de favorecer a condução do cuidado, podem levar a confusão ao

imputar à transexualidade uma característica genuína a ser encontrada nos testes projetivos ou psicométricos. Na prática, estas iniciativas acabam por ter um caráter compulsório ao serem utilizados pelas profissionais das equipes que decidem pela seleção à cirurgia.

No programa citado, a psicóloga, docente e membro participante do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do CFP, em entrevista, relembra que embora não existam instrumentos específicos para alguns domínios necessários, como a população trans, compete às/aos psicólogas/os a realização de um processo avaliativo de modo a responder a uma pergunta formulada. Em outras palavras, a avaliação serve para responder a uma dúvida, e embora necessitemos desenvolver instrumentos específicos e validá-los na realidade brasileira, é possível avaliar pessoas trans com o repertório existente de instrumentos e técnicas da Psicologia. A questão não parece ser se os instrumentos têm competência para avaliar pessoas trans, mas que aspecto, a qual pergunta desta avaliação se está buscando responder.

Na fala de um dos psicólogos entrevistados no programa Diálogos Digitais, que tratava do assunto avaliação psicológica no processo transexualizador e nas cirurgias bariátricas, o destaque foi feito para os objetivos da avaliação psicológica e sua necessidade no processo transexualizador, com a preocupação em “aspectos de saúde geral e do desejo da pessoa em relação ao que ela busca para afirmar seu jeito (sic) no seu corpo, sabendo de todos os riscos e benefícios associados”.

A elaboração de laudos psicológicos é expressa como uma constante do trabalho da psicologia, fornecendo o documento tanto para autorização de cirurgias quanto para demandas não cirúrgicas, como a retificação do nome civil, antes das novas diretrizes. A questão é que, embora haja um maior reconhecimento do desejo do sujeito sobre seu corpo, e a compreensão mais ampla das/dos profissionais acerca do tema, ainda assim vemos que a presença da psicologia está posta como intermediária deste discurso que precisa ser validado por esta/este profissional para viabilizar o acesso da pessoa trans a procedimentos que lhe são de direito.

Os depoimentos mostram que para algumas das profissionais entrevistadas, o interesse recai sobre a verificação do comportamento para obtenção de um diagnóstico, incluindo até a utilização de testes psicométricos para avaliação da capacidade cognitiva da pessoa candidata ao procedimento cirúrgicos.

“Fazer um diagnóstico em que faço testes de personalidade, nível mental, eles são muito inteligentes, mas para saber que de fato ele tá compreendendo [...]”. (Orquídea)

Para outras, a avaliação recai sobre a compreensão de um momento oportuno para as cirurgias, “[...] *uma questão de estar preparada*” (Begônia), bem como a compreensão dos limites e restrições permanentes, “[...] *cuidando daquele sujeito que está querendo uma coisa que não vai ter mudança, não vai ter volta*” (Azaleia).

Há situações que o acompanhamento parece exercer um mero papel figurativo com a preocupação de cumprir uma normativa. Em outras, o discurso demonstra o acompanhamento de longa duração como necessário para estar preparado para fazer as cirurgias.

“Na minha experiência clínica, eu não tenho um paciente que estava preparado para fazer a cirurgia em menos de três anos e meio”. (Orquídea)

“Seguimos rigorosamente a data de início do acompanhamento de dois anos para indicação da cirurgia. Avalia-se a prontidão da pessoa. Essa prontidão varia muito, tem gente que já chega apto à cirurgia enquanto outros ainda estão iniciando o processo de transição”. (Flor de Lis)

Estes depoimentos possuem em si a força do poder de autorização sobre procedimentos que, além de desconsiderarem a decisão da pessoa, carecem de elementos de consenso e critérios a se considerar para determinar a aptidão ao procedimento cirúrgico. Afinal, o que justifica para a medicina os dois anos de acompanhamento exigidos para realizar a transgenitalização é a necessidade de constatação se há “permanência desses distúrbios de forma contínua e consistente” (CFM, 2010). O distúrbio no caso, é sentir-se homem ou mulher, diferente da nomeação ao nascer. Mas o que justificaria essa necessidade de acompanhamento para a psicologia deveria ser o que emerge como demanda do sujeito, seu sofrimento, sua dificuldade, o insuportável, indeterminados por um tempo cronológico e independentes de relação com procedimentos cirúrgicos. Ou uma oferta de espaços de reflexão sobre as decisões e expectativas.

Se há um entendimento que “já chega apto à cirurgia”, nada justifica a necessidade de permanecer em acompanhamento psicológico quando de fato nada suscita preocupação ao sujeito se o foco está apenas na decisão pelo procedimento cirúrgico. Por outro ângulo, “estar apto” pode ser entendido como iniciar o processo de enfrentamento de sua identidade de gênero, “assumindo” para as pessoas sua nova atitude, ou a aquisição dos aparatos generificantes, numa gradação de aproximação dos parâmetros mais hegemônicos de feminilidade e masculinidade.

Nesta perspectiva, resta saber o que de fato se pretende ao avaliar uma pessoa trans interessada nos procedimentos de alteração corporal. Nem todos os serviços entendem que a contribuição passa pela realização de laudos com este fim. Da mesma forma é importante

pensar também na pertinência do uso dos testes psicológicos, o sentido que tem a proposta, na medida em que retratam um interesse. A psicologia deve atuar como facilitadora aos procedimentos de afirmação de gênero, garantindo o acesso aos mesmos, e não o contrário.

Um outro aspecto em torno do papel da psicologia mencionado neste processo foi denominado de psicoeducação, a oferta das informações relativas aos procedimentos e outras alternativas possíveis diante da demanda de afirmação de gênero. É vista como um coadjuvante no processo de acompanhamento, pois na medida em que as informações são repassadas, devem ajudar a diminuir os sentimentos negativos em torno das expectativas e frustrações da intervenção cirúrgica, assim como os procedimentos necessários ao sucesso do pós-operatório. A participação da psicologia tem o caráter informativo, e parece oportunizar a problematização e elaboração de sentimentos e atitudes relativas aos procedimentos, trabalhando os sentidos dados a esses elementos. De toda forma, psicólogas/os devem ser vistos como porta vozes dos consensos sobre melhores práticas e procedimentos de combate à discriminação e preconceitos.

A despeito das grandes estruturas e demandas dos hospitais de cada localidade, o número de psicólogas para atendimento ao público trans é reduzido. Dois desses serviços contam com apenas uma profissional de referência para o atendimento; em outro grande serviço, quatro profissionais estão envolvidas/os nesses acompanhamentos, mas com disponibilidade limitada.

Todos os serviços, inclusive os que não estão sendo estudados aqui, referem um grande número de pessoas sendo acompanhadas, longas filas de espera para o acompanhamento requerido para ter acesso aos procedimentos. Dentre os serviços entrevistados, todos referiram uma demanda reprimida de pessoas já consideradas aptas para os procedimentos cirúrgicos. Um desses serviços está fechado para novas admissões desde 2012, com cerca de 280 pessoas em acompanhamento e aptas a realizar cirurgias.

“Nós estamos cuidando da fila dos pacientes que estão desde 2015, então quantas vagas nós temos no ano? Nós temos doze, uma vaga por mês”.
(Azaleia)

“Na lista de espera para fazer a cirurgia temos mais de 100 preparados e tem uma lista de espera que não estamos conseguindo suprimir porque não temos mão de obra”. (Orquídea)

O Relatório Preliminar (ARÁN; MURTA, 2006) que trouxe um panorama dos serviços voltados para a população trans, já mencionava este contingente de procura maior

que a oferta de vagas. Sampaio e Coelho (2012) destacam a longa lista de espera como uma das maiores dificuldades encontradas para a realização do processo transexualizador.

A falta de mais profissionais é vista como um dificultador do processo de trabalho, mas paradoxalmente, avalia-se que a aquisição de mais psicólogas/os na equipe é prejudicada pela falta de estrutura e espaço físico disponível para atendimentos.

Dada a atuação no setor abarcar outras necessidades, restam poucos horários disponíveis para atender as demandas da população trans. Isto sugere que da mesma forma que a Psicologia, outros profissionais também têm oferta de horários escassa, fato que acarreta superposição dos motivos das esperas, seja para entrada nos serviços, para o acompanhamento requerido, ou para a realização dos procedimentos, numa progressão de tempo bem maior que o estimado, que seria de dois anos. A reduzida carga horária disponível, além do número reduzido de psicólogas/os de referência por serviço, parece interferir na criação de espaços de maior interlocução tanto com o público como entre as equipes.

“As reuniões já foram mensais, e a tentativa era por manter um encontro mensal entre os profissionais de referência. Todos os demais participantes da equipe trabalham dividindo sua carga horária distribuída em diversas atividades”. (Azaleia)

Contraditoriamente, a percepção é que o tempo dedicado à atividade é adequado quando comparado ao tempo de duração mínima do acompanhamento exigido na regulamentação. Aqui se destaca a decisão sem critério que normatiza o tempo de permanência de dois anos em acompanhamento, baseado na resolução de 2010 do CFM. Um tempo que sugere quantidade, e não necessariamente, qualidade de atendimento. Há quem entenda que o tempo de permanência em acompanhamento deveria ser maior que o estipulado para o preparo para a cirurgia.

“Então a gente entra um pouco naquele protocolo do SUS da portaria né? De assistência ao trans e a gente respeitando as normas, né, de pelo menos dois anos de assistência pré e um ano pós, então a gente dedica bastante tempo para os pacientes aqui dentro”. (Azaleia)

Um aspecto importante que se destaca é a resistência institucional devido não apenas ao preconceito, à lgbtifobia e à discriminação incutidas em algumas práticas de saúde, como também a dificuldades de compreensão da importância do princípio da equidade. A dificuldade no envolvimento de profissionais da medicina é um entrave à ampliação de serviços e incorporação de práticas no cotidiano da assistência que contemplem as especificidades da população trans.

“Dr. ... é um enorme cirurgião e atendia intersexos antes de atender transexuais e a gente demorou 14 anos para convencê-lo a fazer uma cirurgia”. (Orquídea)

“Treinar quem tem interesse, quem não tem preconceito com esse grupo. Porque mexe com contextos muito profundos de identificações. Eu sempre digo que foi o meu processo que ajudou porque muitos profissionais não atendiam transexuais, era muita resistência e preconceito”. (Orquídea)

Uma outra contradição é o fato de as normativas do processo transexualizador serem fortemente influenciadas pelos parâmetros médicos de conceituação do fenômeno, e pela determinação do acesso mediante um diagnóstico, afirmando o poder do ato médico em processos decisórios sobre as demais categorias profissionais envolvidas. Em contrapartida, observa-se grande dificuldade no envolvimento de médicas/os pelo desinteresse e preconceito no cuidado da população em destaque. Colocam-se como principais atoras/es do processo, mas não se envolvem no cuidado, sem assumir este lugar - uma presença que na prática, se revela ausente.

As entrevistas trazem que em geral profissionais não estabeleciam uma interlocução entre si ou junto ao Ministério da Saúde, fato que dificulta a troca de experiências e a construção coletiva e unificada de procedimentos e aporte teórico de sustentação do trabalho. A falta de espaços de discussão na formação acadêmica e a ausência de discussão sob outras perspectivas que não a biomédica entre as equipes, reforçam a permanência de um conhecimento limitado e permeado pelos dispositivos, esse conjunto de discursos e práticas sustentadas por saberes específicos que possuem uma estratégia de dominação e controle da transexualidade (FOUCAULT, 2013). Nesta relação hierárquica de poder/saber há um assujeitamento da pessoa transexual que aceita sem alternativas, a decisão de outros sobre si. E como consequência, a verdade da transexualidade reeditada nos discursos médicos, restringe às travestis o acesso a quem não responde ao padrão de inteligibilidade e coerência predominantes, criando condições de impedimento de se beneficiar de um direito que lhe cabe. Aparecem então os “protocolos invisíveis”, os obstáculos informais que dificultam o acesso para quem não pretende estabelecer a simetria entre sexo e gênero a que tão bem se refere Bento (2014).

“Aqui inclusive é aberto não só para o transexual, mas para o travesti também se quiser se hormonizar. [E se quiser outras cirurgias? A prótese mamaria?] Não, aí é diferente porque aí elas têm que ir direto pela plástica. E é uma burocracia”. (Begônia)

“Então, não é uma condição, mas a gente diz: você vai entrar só pra fazer isso? [...] Nossa fila é razoavelmente longa, já temos pacientes preparados até quase daqui a 5 anos, fora os que ainda vão entrar e a gente coloca essa realidade para eles né, porque é um serviço público. E às vezes eles podem até juntar dinheiro por conta própria ou seguir em frente suas vidas porque já mudou o nome, já tá hormonizado, já isso, já aquilo, então aquilo pode não ser mais importante pra ele. [...] só assim não podemos pular fases antes de chegar na cirurgia de transgenitalização, porque é uma etapa final”.
(Azaleia)

Estes dois trechos revelam muito de como são entendidas as transexualidades em suas variações, com uma clara barreira de acesso para as travestis, entendidas como aquelas que não querem fazer a transgenitalização. Note-se que a referência ao masculino foi mantida. Além da transfobia, sugerindo que a compreensão de que, portanto, são menos mulheres, a burocracia dificulta o acesso, e estas pessoas são até estimuladas a desistirem de participar do programa, ao se negarem a seguir a linearidade pênis-homens, vulva-mulheres. As travestis reivindicam o reconhecimento de sua atitude de mulher, de um posicionamento no gênero feminino, que pode passar por conservar a genitália original peniana. Mas o entendimento restrito acerca das diversas expressões de gênero, dificulta o benefício de outros procedimentos a quem não responde ao protótipo de transexual “verdadeira/o”. A total negligência com o uso de pronomes correspondentes ao gênero feminino por algumas entrevistadas evidencia a descaracterização da pessoa como mulher, negando o direito a viver sua própria identidade.

Ficam excluídas, portanto, outras pessoas que vivenciam a mesma experiência de incompatibilidade, mas não se enquadram nos parâmetros que definem a “verdadeira transexualidade”, centrada no desejo da transformação genital. Mas tanto para quem acessa os serviços através da legitimação da demanda pela cirurgia genital, quanto para quem não se enquadra nos critérios, a questão mais evidente é a falta de autonomia de sujeitos transexuais sobre as decisões sobre si e sobre os procedimentos e intervenções em seu próprio corpo.

Um aspecto intrigante foi possível constatar, que desde sua origem, as equipes dos serviços de referência são as mesmas, sem expansão de sua capacidade de oferta de atendimento. Esperava-se que após mais de dez anos da primeira regulamentação na saúde da atenção à população trans com a portaria nº 1707 de 2008 e posteriormente com a de nº 2803 de 2013, houvesse o incremento das equipes, as especialidades envolvidas e seu discurso. Isto se traduz nas longas filas de espera e dificuldade de abertura de novas vagas, mas também na falta de reflexão crítica acerca do acesso ao processo transexualizador e seus critérios

excludentes, bem como a restrição da atuação e das práticas voltadas para validar as intervenções corporais.

Embora a participação da psicologia nestas práticas analisadas sinalize perspectivas de cuidado que sugerem atender às dificuldades do sujeito e suas relações, está circunscrita ao procedimento cirúrgico e à definição para sua realização, em que as intervenções são sempre descritas em favor deste objetivo. Também é necessário considerar que a atuação das psicólogas nestes serviços foi sendo construída de forma solitária, a partir de como cada uma delas compreendia o tema e a justificativa para acompanhamento. Neste sentido, percebe-se que suas atuações ainda se limitam à autorização do acesso aos procedimentos cirúrgicos, num lugar de confirmação da verdade inscrita no diagnóstico de transtorno de identidade de gênero. Permanece ainda como questão a ênfase na assistência voltada para a transgenitalização e a garantia do acesso a esta e outras tecnologias de modificação do aparato corporal através de critérios indefinidos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das discussões apresentadas, mesmo diante das limitações que o estudo possui, foi possível entender que o conceito médico de transexualidade circunscrito no diagnóstico ainda é um dispositivo que funciona como a via de acesso ao cuidado à saúde da população trans. E a atuação observada da psicologia se associa ao modo como a medicina compreende e trata as vivências trans, circunscrevendo sua atuação psicológica atrelada à avaliação para procedimentos cirúrgicos do chamado processo transexualizador no SUS.

Apesar de haver muitos trabalhos que criticam largamente a compreensão da condição transexual como uma patologia, ainda persiste em algumas práticas institucionais a ideia de que as experiências que divergem das normas de gênero vigentes são concebidas como anormais: a transexualidade seria uma patologia psíquica circunscrita num diagnóstico, e como tratamento, a adequação do gênero através das tecnologias biomédicas.

A definição contida no diagnóstico médico direciona as interpretações sobre o gênero masculino e o feminino de nossa sociedade atualizando um sistema rígido normativo de correspondência e inscrição corporal. Condutas dissidentes foram e vêm sendo diagnosticadas, patologizadas e medicalizadas, sem questionar a origem de tais normas de gênero, sem colocar em dúvida, sem problematizar as condições que estão em jogo na percepção de desconforto ou pertencimento a um determinado gênero.

Esta apropriação médica da transexualidade e a classificação diagnóstica, associadas ao desenvolvimento de tecnologias de transformação de caracteres sexuais, referenciaram a organização de serviços especializados dirigidos ao público trans. A própria portaria que regula o processo transexualizador carrega em si um paradoxo entre a oferta de cuidado integral e a centralidade da intervenção cirúrgica, estabelecendo condições de acesso ao cuidado apenas àquelas/es que pretendem modificar o corpo e diminuir as diferenças que seguem a matriz normativa cisgênero estabelecida como masculina e feminina, marcada pelo sexo biológico externado na genitália. No entanto, as transformações corporais são uma das alternativas de interesse e necessidade da pessoa trans.

Ao se ampliar a compreensão de saúde não como ausência de doença, mas como bem-estar físico, psíquico e social, o cuidado passa a ter foco ampliado. Nesse sentido, as cirurgias de modificação dos caracteres sexuais possuem um caráter de promoção à saúde e não de tratamento ou solução para um transtorno. Ao defender que atitudes dissidentes não constituem uma postura patológica a ser curada ou adequada, mudamos radicalmente a relação verticalizada e concentrada de poder por parte dos profissionais envolvidos,

valorizando o conceito de saúde, estimulando a construção de novos paradigmas de normalidade e funcionalidade.

Na perspectiva da integralidade, é fundamental levar em conta a diversidade e a singularidade das narrativas trans, e considerar a especificidade de cada encontro para a elaboração do projeto terapêutico de cada paciente de acordo com seus desejos, expectativas, temores e sofrimentos.

É fundamental a incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas e as ações afirmativas para a construção desta cidadania baseada no estabelecimento de uma maior equidade não só entre homens e mulheres, mas sobretudo entre pessoas cis e trans, como instrumento promotor do acesso. Afinal, homens, mulheres e outras categorias de nomeação e de expressão de gêneros são produtos da realidade social, que sofrem interferências sobre como se construiu tais categorias de nomeação decorrentes da anatomia de seus corpos, mas que não se limitam a elas.

A psicologia, neste sentido, pode oportunizar reflexões acerca dos elementos que perpassam as relações de gênero, as cobranças por estereótipos de masculino e feminino, problematizar a normativa cisgênero e as consequências do enfrentamento destas normativas, através do reconhecimento da existência de corpos diversos e legitimação das múltiplas identidades de gênero e formas de se expressar. Ou ainda oportunizar que outras reflexões surjam independente de direcionamentos cirúrgicos, outros enigmas, posto que a vida não se resume à existência do sujeito condicionada a um traço de sua personalidade - ser transexual. Que falar sobre tais experiências não seja atrelado a uma necessidade de acompanhamento para um procedimento cirúrgico. Ao se promover a consciência crítica de usuárias/os em relação ao processo de cuidado, estimula-se a discussão para ampliação da autonomia desses sujeitos na escolha singular do modo como viver a vida. O cuidado em saúde precisa preservar o sentido do outro como sujeito autônomo.

A participação da Psicologia nas equipes deve exercer seu importante papel de resguardar a compreensão da transexualidade como manifestação da diversidade e variação das identidades e expressões, sendo o desenvolvimento de ações educativas e de sensibilização junto a profissionais de saúde uma grande contribuição. A Psicologia deve se apresentar como um saber que produz novas formas de pensar e atuar que prezem a legitimidade e a despatologização de sexualidade e identidade diversa, promovendo o protagonismo das pessoas trans.

. Este saber deve funcionar como elemento facilitador no processo de cuidados e promotor de bem-estar, considerando a autonomia do sujeito e a pluralidade de expressões.

Precisa negar o lugar de saber sobre o outro e compreender outras dimensões do cuidado em Psicologia, com formas de intervenção que promovam a informação e reflexão sobre as vivências, escolhas, a saúde e o bem-estar de forma geral. Inclusive oportunizando que as questões circunscritas no apelo inicial sobre realizar cirurgias possa transcorrer e deslizar para uma demanda de reflexão de outros conteúdos que possam emergir. Por outro lado, que a oferta de psicoterapia não seja a única alternativa do fazer psicológico nem tampouco compulsória, mas consequência da demanda de análise que parte do sujeito frente a seu desejo.

No cotidiano do cuidado, estas ideias podem provocar mudanças, aberturas nas práticas assistenciais que rompam com o paradigma biomédico. É necessário considerar a transexualidade para além da intervenção operatória, pois as pessoas seguem trajetórias singulares de subjetivação que ultrapassam em muito a questão cirúrgica.

Muito embora tenha-se produzido políticas e normativas direcionadas à questão da diversidade sexual e de gênero, na garantia de direitos que contemplem as necessidades da população trans, está longe a ideia de consenso na sociedade sobre o tema, pois as dificuldades e dilemas parecem residir justamente na necessidade de mudança de crenças, valores e tradições há muito prevalentes no imaginário coletivo em nossa sociedade. Torna-se, portanto, um grande desafio colocar em prática no cotidiano da assistência à saúde as diretrizes que devem pautar o olhar da/do profissional envolvida/o com as políticas da diversidade sexual e promoção da cidadania LGBTI.

É importante pensar na estruturação dos serviços, nas concepções da equipe sobre seu papel no cuidado ofertado e como repercutem na assistência em saúde; entender que a orientação sexual e a identidade de gênero se constituem como fatores de vulnerabilidade, decorrentes do processo de discriminação, preconceito, estigmatização e exclusão social a que estão expostas por serem pessoas LGBTI.

Importante pontuar que ainda que haja espaços específicos referenciados para o cuidado trans, a população LGBTI não pode ficar circunscrita apenas a estes locais, buscando a assistência numa perspectiva de rede, daí a necessidade de introdução de todo profissional de saúde frente à responsabilização pelo cuidado desta parcela, o que requer uma formação mais ampliada e a responsabilidade de forma transversal nos serviços de saúde. Portanto, considera-se imprescindível manter um campo de reflexão sobre o tema, a fim de promover um deslocamento que permita aos serviços de assistência a pessoas LGBTI, e em específico transexuais e travestis, acolherem integralmente, superando a precariedade e a insuficiência de profissionais e de recursos financeiros e técnicos.

É de grande importância a manutenção, ampliação e qualificação do cuidado dirigida à população trans, com o fortalecimento das medidas regulamentadas no SUS, com a promoção de uma política de atenção básica inclusiva e o incentivo à interlocução entre os serviços e suas práticas e concepções teóricas, na discussão de gênero para além das técnicas cirúrgicas e dos procedimentos biomédicos de referencial binário.

A participação da Psicologia na elaboração e controle social de políticas públicas nesta área, também contribui para a ampliação da perspectiva da integralidade da atenção, na busca da eliminação das iniquidades e desigualdades vividas por esta população. Uma atuação de psicólogas/os mais comprometida socialmente, visando a desconstrução de preconceitos e a garantia de atendimento livre de discriminação e violência que rompa com práticas sociais e institucionais que estigmatizam e marginalizam as pessoas por razões de sexo, orientação sexual e/ou identidade de gênero.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, Dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 fev. 2019.

AMARAL, D. M. **A psiquiatrização da transexualidade**: análise dos efeitos do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero nas práticas de saúde. 2007. 119f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2007.

AMARAL, D. M. **Os desafios da despatologização da transexualidade: reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Rio de Janeiro, 2011.

ANTRA - Associação Nacional de Travestis e Transexuais. **Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017**. 2017. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2018/02/relatc3b3rio-mapa-dos-assassinatos-2017-antra.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2020.

ARÁN, M. A transexualidade e a gramática normativa do sistema sexo-gênero. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 49-63, 2006.

ARÁN, M.; MURTA, D. Do diagnóstico de transtorno de identidade de gênero às redescrições da experiência da transexualidade: uma reflexão sobre gênero, tecnologia e saúde. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, 2009.

ARÁN, M.; MURTA, D. Relatório preliminar dos serviços que prestam assistência a transexuais na rede de saúde pública no Brasil. **Pesquisa Transexualidade e Saúde: condições de acesso e cuidado integral** (CNPq/ MS-SCTIE-DECIT). Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ), 2006. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/direitos-sexuais-e-reprodutivos/direitos-lgbt/Relatorio_Preliminar_set_20092.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

ARÁN, M.; MURTA, D.; LIONÇO, Tatiana. Transexualidade e Saúde Pública no Brasil. **Cienc. Saúde Colet.**, v.14, n.4, p.1141-9, 2009.

ARÁN, M.; MURTA, D.; ZAHN, S. Transexualidade: corpo, subjetividade e saúde coletiva. **Psicologia e Sociedade** 2008; 20(1):70-79. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. I Jornada Nacional sobre Transexualidade e Assistência Pública no Brasil. Relatório final. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/transexualidade_saude/>. Acesso em: 17 fev. 2019.

ARÁN, M. Transexualismo e cirurgia de transgenitalização: biopoder/biopotência. Brasília: **Série Anis**, 2005. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/crt/central-de-arquivos/prevencao/bibliografia-de-apoio/transexualismo_e_cirurgia_trangenital.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2019.

ARAÚJO, L. R. de. Transexualidade: dos transtornos às experiências singulares. Dissertação (Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP. Pró-reitoria Acadêmica. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Mestrado em Psicologia Clínica, 2010.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **DSM-5**. Disponível em: <<http://www.dsm5.org>>. Acesso em: 10 mar. 2019.

AYOUC, T. A diferença entre os sexos na teoria psicanalítica: aporias e de construções. **Revista Brasileira de Psicanálise**, 2014, v. 48, n. 4, p. 56-71. Disponível em: <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01511348/document>>. Acesso em: 10 jul. 2019.

AYOUC, T. Da transexualidade às transidentidades: psicanálise e gêneros plurais. **Percursos**, Departamento de Psicanálise do Instituto Sedes Sapientiae, 2015, Exigências da clínica e da cultura à psicanálise, pp.23-32. Disponível em: <<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01498414/document>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

AYRES, J. R. C. M. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 375-417.

BANDEIRA, L.; VASCONCELOS, M. **Equidade de gênero e políticas públicas**: reflexões iniciais. Brasília: AGENDE, 2002.

BENTO, B. **A reinvenção do corpo**: sexualidade e gênero na experiência transexual. Natal: EDUFRN, 2014.

BENTO, B. Da transexualidade oficial à transexualidade. In A. Piscitelli, M. F. Gregori, & S. Carrara. (Org. Ed. Garamond), **Sexualidade e Saberes: Convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

BENTO, B.; PELÚCIO, L. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Rev. Estud. Fem.** vol.20 no.2 Florianópolis maio/ago. 2012.

BENTO, B. A. M. **O que é transexualidade**. São Paulo: Brasiliense, 2008. - (Coleção Primeiros Passos; 328).

BERREDO, L. (Org.). **Perspectivas trans globais em saúde e bem-estar**: Relatório comunitário TvT, 2018. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/108815590-Perspectivas-trans-globais-em-saude-e-bem-estar-relatorio-comunitario-tvt.html>> Acesso em: 17 fev. 2019.

BORBA, R. **O (Des)Aprendizado de Si**: Transexualidades, interação e cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: 1. Ed., 1. reimp. – Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Relatório do Seminário Nacional de Saúde LGBTI** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015(a).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e Travestilidade na Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015(b).

BRASIL. **Portaria n. 2803/GM/MS, de 19 de novembro de 2013**. Redefine e amplia o Processo Transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html>. Acesso em: 12 mai. 2018.

BRASIL. **Portaria n. 457/SAS, de 19 de agosto de 2008**. Regulamenta o Processo Transexualizador no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de agosto de 2008(a).

BRASIL. **Portaria nº. 1.707/GM, de 18 de agosto de 2008**. Institui, no âmbito do SUS, o Processo Transexualizador, a ser implantado nas unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 de agosto de 2008(b).

BUTLER J. **Problemas de gênero**. Feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.

BUTLER, J. Desdiagnosticando o gênero. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p.95-126, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n1/v19n1a06.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2019.

BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Tradução dos artigos: Tomaz Tadeu da Silva- 3. Ed.; 2. Reimp. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

CANABARRO, R.; MEYRER, M.R. A mulher mais bonita do Brasil: os closes de Roberta nas capas da revista manchete: a construção de identidades transfemininas (1984-1994). **Rev. hist. comp.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 212-234, 2016. Disponível em:

<http://www.ppghc.historia.ufrj.br/images/publicacoes/rhc_volume010_Num002_008.pdf>. Acesso em 10 mar. 2019.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. - 7. Ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2017.

CARDOSO, M. F.; BATISTA-DOS-SANTOS, A. C.; ALLOUFA, J. M. L. Sujeito, linguagem, ideologia, mundo: técnica hermenêutico-dialética para análise de dados qualitativos de estudos críticos em Administração. **Revista de Administração FACES Journal**, v. 14, n. 2, p. 74-93, 2015. Disponível em <http://www.spell.org.br/documentos/ver/36124/sujeito--linguagem--ideologia--mundo--tecnica-hermeneutico-dialetica-para-analise-de-dados-qualitativos-de-estudos-criticos-em-administracao>> Acesso em: 23 ago. 2019.

CARVALHO, Mario Felipe de Lima. **Que mulher é essa? Identidade, política e saúde no movimento de travestis e transexuais**. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2011. Disponível em : <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/1563_1442_Carvalho-Mario-dissert.pdf> Acesso em: 10 mar. 2019.

CASTEL, P.H. Algumas reflexões para estabelecer a cronologia de “fenômeno transexual” (1910 – 1995). **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 21, nº 41, p.77–111, 2001. Disponível em: < https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-01882001000200005&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt> Acesso em: 10 mar. 2019.

CAVALCANTI, C. SOUSA, D. “Entre normas e tutelas: pensando (im)possibilidades da psicologia em interface com transgeneridades”. In: **Gênero na psicologia: saberes e práticas**/ organizado por Alessa Denega; Darlane S. V. Andrade e Helena M. dos Santos. – Salvador: CRP-03, 2016. Disponível em: < <https://www.crp03.org.br/wp-content/uploads/2017/01/genero-na-psicologia-saberes-e-praticas.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2019.

CAVALCANTI, C., BARBOSA, R.B., BICALHO, P.P.G. Necropolítica em operações policiais a travestis. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38 (núm. esp.2), 2018,175-191.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v38nspe2/1982-3703-pcp-38-spe2-0175.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2019.

CCHLA. **Manifesto. Transexualidade não é doença! Pela retirada da transexualidade do DSM e do CID!** Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/bagoas/v04n05art15_manifesto.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

CECCARELLI, P.R. **Transexualismo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Protocolo nº 1.529/79**. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/pareceres/crmba/pareceres/1980/3_1980.htm>. Acesso em 15 mar. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.482/97**. Dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e demais intervenções sobre gônadas e caracteres sexuais secundários. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1997/1482_1997.htm. Acesso em: 10 mai. 2019

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.652/02**. Dispõe sobre o procedimento de transgenitalização e revoga a Resolução 1482/1997 e demais intervenções sobre Gônadas e caracteres sexuais secundários. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1652_2002.htm. Acesso em: 10 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Resolução nº 1.955/10**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Disponível em http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/CFM/2010/1955_2010.htm. Acesso em: 10 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Processo transexualizador: CFP disponibiliza nota técnica para consulta pública**. Brasília: 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/documentos/nota-tecnica-sobre-processo-transexualizador-edemais-formas-de-assistencia-as-pessoas-trans/>. Acesso em: 10 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Psicologia e diversidade sexual: desafios para uma sociedade de direitos** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2011. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2011/05/Diversidade_Sexual_-_Final.pdf. Acesso em 10 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução 001/2018**. Estabelece normas de atuação para as psicólogas e os psicólogos em relação pessoas transexuais e travestis. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/01/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CFP-01-2018.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução nº 489/2006**. Estabelece normas vedando condutas discriminatórias ou preconceituosas, por orientação e expressão sexual por pessoas do mesmo sexo, no exercício profissional do assistente social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1454>. Acesso em: 10 mai. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO. **Brasil Sem Homofobia: Programa de combate à violência e à discriminação contra GLTB e promoção da cidadania homossexual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

COSTA, J. F. **Psicanálise e contexto cultural: Imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias**. Rio de Janeiro: Campus. 1989.

COUTO, J. **Transexualidade: Passado, presente e futuro**. Tese (Mestrado em Medicina Legal). Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto, pág. 23- 43.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, M. B.; ZENEVICH, L. Um histórico da patologização da transexualidade e uma conclusão evidente: a diversidade é saudável. **Periódico do Núcleo de Ciências Jurídicas** – Universidade Federal da Paraíba, n.02, p. 11-23, set. 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/20049/11794>>. Acesso em: 10 abr. 2018.

FAUSTO-STERLING, A. Dualismo em duelo. **Cadernos Pagu**. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero - Pagu, n. 17/18, p. 9-79, 2001.

FAZENDO GÊNERO 8 - **Corpo, Violência e Poder**. Florianópolis, de 25 a 28 de agosto de 2008. Paradoxos entre o acesso à saúde e a patologização: Algumas considerações sobre a psiquiatrização da transexualidade. Daniela Murta (IMS/UERJ). Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST40/Daniela_Murta_40.pdf>. Acesso em 10 mar. 2019.

FERTONANI, H. P.; PIRES, D. E. P.; BIFF, D.; SCHERER, M. D. A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 20 (6): 1869-1878, 2015.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Lisboa: Relógio D'Água Editores, 1994.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 27. ed. São Paulo: Graal, 2013.

FREUD, S. A organização genital infantil: Uma interpolação na teoria da sexualidade. In J. Strachey (Ed.), **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (Vol. 19, pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1923), 1996a.

FREUD, S. Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In J. Strachey (Ed.), **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud** (Vol. 19, pp. 271-286). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1925), 1996b.

FRY, P.; MACRAE, E. **O que é homossexualidade**. São Paulo: Abril Cultural: Brasiliense, 1985.

GALLI, R. A.; Vieira, E. M.; GIAMI, A.; SANTOS, M. A. **Corpos mutantes, mulheres intrigantes: transexualidade e cirurgia de redesignação sexual**. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 29, n. 4, p. 447-457, 2013.

GASPODINI, I. B.; RISSI, V. Processo transexualizador: apontamentos sobre o papel do(a) psicólogo(a). In: **VII Mostra de Iniciação Científica e Extensão Comunitária e VI Mostra de Pesquisa de Pós-Graduação da IMED**, 2013, Passo Fundo (RS). Anais da VII Mostra de Iniciação Científica e Extensão Comunitária e VI Mostra de Pesquisa de Pós-Graduação da IMED, 2013.

GRANER, B.; STEFANIE, A.; LIONÇO, T. Movimento GLBT e transexualidade nas políticas públicas de saúde no Brasil: idiossincrasias e sincronismos. In: **Seminário Internacional Fazendo Gênero**, 7; 2005; Florianópolis: UFSC. Disponível em: <http://www.fazendogenero7.ufsc.br/artigos/G/Graner-Stefanie-Lionco_16.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

JESUS, J. G. **Orientações sobre identidade de gênero**: conceitos e termos. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.diversidadessexual.com.br/wp-content/uploads/2013/04/G%C3%8ANERO-CONCEITOS-E-TERMOS.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

LANZ, L. **O corpo da roupa**: a pessoa transgênera entre a transgressão e a conformidade com as normas de gênero. Uma introdução aos estudos transgêneros. Curitiba: Movimento Transgente, 2ª edição, 2017.

LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LEITE JÚNIOR, J. **“Nossos corpos também mudam”**: sexo, gênero e a invenção das categorias "travesti" e "transexual" no discurso científico. 2008. 230f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

LIONÇO, T. Atenção integral à saúde e diversidade sexual no Processo Transexualizador do SUS: avanços, impasses, desafios. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 1, Rio de Janeiro: jan./mar. 2009, 43-63.

LIONÇO, T. **Um olhar sobre a transexualidade a partir da perspectiva da tensionalidade somato-psíquica** [tese]. Brasília (DF): Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília; 2006.

LOURO, G. L. **Um corpo estranho**: Ensaio sobre sexualidade e teoria queer. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2004.

LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado**: pedagogias da sexualidade. 3. Ed.; 2. Reimp. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.

MACHADO, P. S. Intersexualidade, intersexualidades: notas sobre alguns desafios teóricos, metodológicos e políticos contemporâneos. In: MISKOLCI, Richard; PELÚCIO, Larissa (Org.). **Discursos fora da ordem**: deslocamentos, reinvenções e direitos. São Paulo: Annablume; Fapesp, 2012. p. 179-196.

MARIOTTO, R. M. M. (Org.) **Gênero e sexualidade na infância e adolescência:** reflexões psicanalíticas. Salvador: Agalma, 2018.

MEYEROWITZ, J. **How sex changed:** a history of transsexuality in the United States. United States of America: First Harvard University Press, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISKOLCI, R. **Teoria Queer:** um aprendizado pelas diferenças. Belo Horizonte: Autêntica editora, 2016

MORAES, F. **O nascimento de Joicy:** transexualidade, jornalismo e os limites entre repórter e personagem. Porto Alegre: Arquipélago Editorial, 2015.

MURTA, D. **A psiquiatrização da transexualidade:** análise dos efeitos do diagnóstico de Transtorno de Identidade de Gênero sobre as práticas de saúde [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, UERJ; 2007.

MURTA, D. **Os desafios da despatologização da transexualidade:** reflexões sobre a assistência a transexuais no Brasil [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, UERJ; 2011.

OLIVEIRA, A. D.; PINTO, C.R.B. (Org.) **Transpolíticas públicas.** Campinas: Papel Social, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:** Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas – Coord. Organiz. Mund. Da Saúde; trad. Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. **Universalidade, integralidade, equidade e SUS.** Bol. Inst. Saúde (Impr.) v.12 n.2 São Paulo, 2010.

PETRY, A. R. Mulheres transexuais e o Processo Transexualizador: experiências de sujeição, padecimento e prazer na adequação do corpo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 2, p. 70-75, 2015.

POUPADIUK, G. S.; OLIVEIRA, D. C.; SIGNORELLI, M. C. A. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgêneros (LGBT) e o acesso ao processo transexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS): avanços e desafios. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 21, n.8, p. 2517-2526, 2016.

POUPART, J. et al. (org.) **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis RJ: Vozes, 2008.

PRADO, M. A. M.; MACHADO, F. V. **Preconceito contra homossexualidade: A hierarquia da invisibilidade**. São Paulo: Cortez Editora, 2008.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA: princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. Disponível em: <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2019.

PSIQ WEB. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site>>. Acesso em: jul. 2019.

RIBEIRO, D. **O que é lugar de fala?** São Paulo: Justificando, 2017.

ROSA, J. G. **Grande Sertão: Veredas**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001. p. 201.

RUBIN, G. **O tráfico de mulheres**: notas sobre a “economia política” do sexo. Recife: SOS Corpo. 1993. 32 p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/1740519/mod_resource/content/1/Gayle%20Rubin_trafico_texto%20traduzido%20%286%29.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

RUSSO, J. A. "Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea". In: PISCITELLI; GREGORI; CARRARA (org.). **Sexualidade e saberes**: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004. p. 81-94.

SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. A transexualidade na atualidade: discurso científico, político e histórias de vida. In: **Anais do III Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades**. Salvador: UNEB, 2013.

SAMPAIO, L. L. P.; COELHO, M. T. A. D. Transexualidade: aspectos psicológicos e novas demandas ao setor saúde. *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 637-649, jul./set. 2012.

SCOTT, J. W. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. Porto Alegre, V. 20, n.2, p. 71-99, jul./dez. 1995. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

TAGLIAMENTO, G. “Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans”. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Transexualidade e travestilidade na saúde**. Brasília, 2015.

TEIXEIRA, F. B. **Dispositivos de dor**: saberes - poderes que conformam as transexualidades. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2013.

TEIXEIRA, F. B. **Vidas que desafiam corpos e sonhos**: uma etnografia do construir-se outro no gênero e na sexualidade. Tese (Doutorado em Filosofia e Ciências Humanas) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

TENÓRIO, L. F. P.; VIEIRA, L. L. F.; LIVADIAS, S. K. Da luta à execução do processo transexualizador: experiência no Hospital das Clínicas da UFPE. IN: **Transpolíticas públicas**/ OLIVEIRA, A. D.; PINTO, C. R. B. (orgs.). Campinas: Papel Social, 2017.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**. 39 (3): 507-14. 2005.

VENTURA M. **Transexualismo e respeito à autonomia**: um estudo bioético dos aspectos jurídicos e de saúde da “terapia para mudança de sexo [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

VENTURI, G.; BOKANY, V. **Diversidade sexual e homofobia no Brasil**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.

VERGUEIRO, V. **Despatologizar é descolonizar**. 2015. Disponível em: <https://transactivists.org/viviane-vergueiro-despatologizar-es-descolonizar/>. Acesso em: 10 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016. **FAQ on Health and Sexual Diversity**: An Introduction to Key Concepts. Disponível em: <<https://www.who.int/gender-equity-rights/news/sexual-gender-diversity-faq.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2019.

WPATH. **World Professional Association for Transgender Health**. Disponível em: <<http://www.wpath.org>>. Acesso em: 05 jul. 2019.

ZAMBRANO E. Transexuais: identidade e cidadania. In: VENTURI, G. e BOKANY, V (Org). **Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2011.

ZAMBRANO E. **Trocando os documentos**: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo [dissertação]. Porto Alegre (RS): Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UFRGS; 2003.

A – ROTEIRO DE ENTREVISTA - PERGUNTAS NORTEADORAS

- Você é referência em Psicologia para o acompanhamento do processo transexualizador neste serviço desde quando? Como foi a sua inserção no programa?
- Já teve alguma experiência anterior com a temática da travestilidade/transexualidade?
- Como funciona na sua localidade o acompanhamento do processo transexualizador? Desde quando?
- Como se dá o atendimento com psicóloga/o dentro deste programa (quem encaminha, com que propósito, que demandas surgem, que alternativas de cuidado são propostas)?
- Qual sua opinião sobre a participação da Psicologia nesta modalidade de cuidado?
- Como você avalia a questão da obrigatoriedade de acompanhamento por equipe multidisciplinar prevista na Resolução 1955/2010 do CFM para seleção de usuárias/os para a(s) cirurgia(s) de transgenitalização?
- Que contribuições a Psicologia pode dar nesta modalidade de acompanhamento? Está sendo possível fazer aqui?
- Que aspectos são relevantes para o acompanhamento nesta modalidade de cuidado? E o que não é necessário, na sua opinião?
- Qual a participação de psicólogas/os na seleção para a(s) cirurgia(s)? Quais são realizadas aqui?
- A equipe/profissional utiliza algum instrumento/recurso avaliativo? Algum documento informativo?

- Há algum protocolo do serviço para os procedimentos previstos no programa?
- Há alguma diferenciação de protocolos para cada intervenção?
- Como é a interlocução com a equipe cirúrgica?
- O que a equipe/profissional avalia ao decidir pela seleção da pessoa para a próxima cirurgia? Quem define para quem será a próxima cirurgia?
- Você conhece o trabalho de psicólogas/os de outros serviços credenciados para a mesma modalidade de cuidado? São diferentes do realizado aqui? Você acha importante haver uma uniformização deste cuidado?
- Que dificuldades você encontra neste trabalho? Acha que pode ser resolvido de que maneira?

B – QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DAS FALAS ANALISADAS

RECORTES DAS FALAS TRANSCRITAS	UNIDADES DE SENTIDO	METÁFORAS	TEMAS
1-“ <i>Eu sou lotada na reconstrução genital, ligada à urologia. Eu atendo outras questões que não só a transexualidade</i> ” (Begônia)	Organização do serviço Fluxo de trabalho		Organização do serviço Características da atuação psi
2-“ <i>Sim nós temos dias né, exatamente como são várias clínicas e várias equipes, então eu tento acompanhar os dias e eu dedico dois dias do meu trabalho, e se for necessário aliás mais, dois dias para assistência ambulatorial, um outro horário para as reuniões multiprofissionais que a gente faz com a equipe do programa</i> ”. (Azaleia)	Divisão de carga horária entre várias clínicas Assistência ambulatorial Reuniões multiprofissionais com a equipe do programa Organização do trabalho		Organização do serviço Características da atuação psi
3-“ <i>Porque a gente tem demanda de muitos outros pacientes, porque eu tô numa endócrino, eu atendo puberdade precoce, atendo DDS, atendo tumores, atendo transexuais, tireoides, atendo liga de diabetes e dou aula para eles, alunos, treinando. E o meu carro chefe é o intersexo, como já te falei. Simplesmente é um ambulatório enorme, entre as colegas a gente divide, eu tenho essas patologias, a outra colega tem algumas outras patologias, como neuroendócrino, fica tudo com ela, ela fica com trans que me ajuda, eu fico com os que falei. [...] Então, é um ambulatório enorme, amplo, atuante e que requisita muito o nosso trabalho</i> ”. (Orquídea)	Muitas demandas Diversas patologias, incluindo transexualidade como tal Divisão do trabalho Divisão da clientela por patologias Ambulatório enorme Ajuda Trabalho requisitado	Meu carro chefe é o intersexo Atendo puberdade precoce, atendo DDS, atendo tumores, atendo transexuais, tireóide (...)	Organização do serviço Organização do trabalho
4-“ <i>O encaminhamento para mim é feito após a primeira consulta com o médico da equipe</i> ”. (Flor de Lis)	Encaminhamento para psicologia		

5-“Inicialmente o fluxo era pela endócrino, porque vinham para hormonização. Então, o fluxo sempre vinha. Só que as endócrinas falavam que tem que conversar com a psicóloga, então o fluxo era esse. Mas sempre a gente tinha um psiquiatra depois das portarias, toda aquela parte médica e de legislação pelo SUS, então a gente estruturou um fluxo parecido. A gente não mudou nada disso, mas o fluxo passou a ser pela psiquiatria e aí o primeiro encontro já passa por ele, já faz a triagem, porque você naquele momento vai ver se já precisam de acompanhamento em função de algum transtorno”. (Azaleia)	Hormonização Fluxo Conversar com psicóloga Portaria Psiquiatria transtorno participação da psicologia		Fluxo do serviço
“É um critério, porque ele tem que avaliar se ela tem transtorno ou não. Quem fazia a triagem era eu, mas eu sempre passava para a psiquiatria também. Ele foi exatamente admitido para fazer esse trabalho com a gente” (Orquídea)	Critério de avaliação Participação da psiquiatria na triagem	Eu sempre passava para a psiquiatria	Protagonismo da psiquiatria
“[...] elas estavam entrando no programa a partir da marcação de consulta no programa. Então, marcou para o programa, marca na urologia, aí a urologia encaminha para mim e encaminha pra o professor X, psiquiatra. É assim o critério” (Begônia)	Entada Marcação Programa critério	É assim o critério.	Protagonismo da psiquiatria
“Então as pessoas vêm fazer o tratamento com o professor X (psiquiatra) e saem com o laudo e isso eu acho muito importante porque é uma nova certidão de nascimento. Eu falo para elas ‘guardem isso com muito apreço’. Porque se acontecer de você entrar no banheiro feminino, se acontecer de você estar em uma boate e disserem a você alguma coisa desagradável, você mostra o documento, porque é um documento oficial, que você é uma transexual”. (Begônia)	Tratamento Psiquiatria Laudo desagradável Documento oficial	É uma nova certidão de nascimento	Protagonismo da psiquiatria

“Ninguém recebe prótese sem que eu diga que está pronta para receber uma prótese. [...] Eles vão de olhos fechados, porque eles falam ‘esse não é meu trabalho, meu trabalho é ser cirurgião’. Então se eu digo que está pronto pra cirurgia eles vão dizer ‘tá bom’”. (Begônia)	Prontidão Trabalho Cirurgião Confiança	Eles vão de olhos fechados	Protagonismo da psicologia
“Eu não conheço ninguém da plástica, mas o professor tem ligação com o professor de lá, então a equipe de lá já sabe o que é. [...] Mas eles não fazem a cirurgia, por exemplo, de mastectomia, se não tiver o laudo. [Mas é o seu laudo?]. Não, só o do psiquiatra. [Então você não tem participação?]. Não”. (Begônia)	Desconhecimento Equipe Falta de participação de decisão	Eu não conheço ninguém O professor tem ligação com o professor de lá	Interlocução com equipe
“A Psicologia é primordial dentro da urologia, dentro da equipe da cirurgia, o urologista é que faz a parte de hormonioterapia também. Ninguém faz cirurgia se eu não der o ok”. (Begônia)	Primordial Cirurgia decisão	Ninguém faz cirurgia se eu não der o ok.	Protagonismo da psicologia
“A definição da prontidão para o início da hormonioterapia é uma demanda para a Psicologia. Cabe à psicóloga o encaminhamento para procedimentos cirúrgicos, além da cirurgia de redesignação sexual”. (Flor de Lis)	Definição Prontidão Início Hormonioterapia encaminhamento cirurgia	Cabe à psicóloga o encaminhamento	Participação da psicologia
“Eu posso dizer que eu aprendi com elas. Lógico que não aprendi Psicologia com elas, mas quando fui atendê-las aprendi sobre todos os tipos de preconceitos que na minha faculdade eu sequer vi isso. Aliás, as faculdades agora estão falando. [...] A minha formação com elas foi a demanda delas, o humano delas. O que eu poderia ajudar como psicóloga.” (Begônia)	Formação acadêmica Ausência de conhecimentos Aprendizado preconceitos vivência	A minha formação com elas foi a demanda delas, o humano delas. As faculdades agora estão falando	Conhecimento da temática transexualidade
“A gente também aprende com eles. Toda esta minha vivência com eles, eu não vim pronta. Fui aprendendo.” (Azaleia)	Aprendizado Vivência conhecimento	Eu não vim pronta	Conhecimento da temática transexualidade

<i>“Porque a gente começou a perceber uma demanda que era muito rejeitada. Os médicos não sabiam como lidar com essa patologia e muito menos eu, eu acho que é psiquicamente, é uma psique muito complexa para nós psicólogos, muito difícil.[...]Mas a gente começou a estudar, atender apenas em psicoterapia até a lei, porque a lei só saiu em 1997 e a gente já atendia esses pacientes, oferecendo a psicoterapia e a hormonização quando a gente percebia que era necessário”. (Orquídea)</i>	Assistência Demanda rejeitada Dúvida como lidar com a temática patologia Complexa Difícil desconhecimento	Uma demanda que era muito rejeitada	Conhecimento/ conceituação da temática transexualidade
<i>“É o diagnóstico, na minha prática, me dá mais segurança, fazer um diagnóstico em que faço testes de personalidade, nível mental, eles são muito inteligentes, mas para saber que de fato ele tá compreendendo. O que eu gosto muito é de bateria fatorial”. (Orquídea)</i>	Diagnóstico Segurança Testes psicológicos Inteligentes compreensão	Me dá mais segurança fazer um diagnóstico	Objetivos do acompanhamento Instrumentos utilizados
<i>“O acompanhamento? Seria uma segurança. Hoje só se utiliza o teste de personalidade e entrevista psicológica. E o resto é acompanhado na sala, aquela vivência, aquela pessoa como trans, as questões que ela está demandando ou as questões que ela também tá questionando”. (Azaleia)</i>	acompanhamento segurança teste entrevista	Seria uma segurança.	Instrumentos utilizados
<i>“A proposta é de um acompanhamento da pessoa como um todo tentando entender sua problemática e ajudando a superar os conflitos sociais pessoais e familiares”. (Flor de Lis)</i>	Acompanhamento Problemática Conflitos	...acompanhamento ...como um todo	Objetivos do acompanhamento
<i>“Nós estamos cuidando da fila dos pacientes que estão desde 2015, então quantas vagas nós temos no ano? Nós temos doze, uma vaga por mês”. (Azaleia)</i>	Fila vagas	...pacientes que estão desde 2015...	Fila de espera

<i>“Na lista de espera para fazer a cirurgia temos mais de 100 preparados e tem uma lista de espera que não estamos conseguindo suprimir porque não temos mão de obra”. (Orquídea)</i>	Lista de espera Preparados Defasagem e pessoal	Não estamos conseguindo suprimir porque não temos mão-de-obra	Falta de pessoal
<i>“As reuniões já foram mensais, e a tentativa era por manter um encontro mensal entre os profissionais de referência. Todos os demais participantes da equipe trabalham dividindo sua carga horária distribuída em diversas atividades”. (Azaleia)</i>	Reuniões Encontro Várias atividades Falta de tempo	As reuniões já foram mensais ...carga horária distribuída em diversas atividades.	Relacionamento entre equipe
<i>“Então a gente entra um pouco naquele protocolo do SUS da portaria né? De assistência ao trans e a gente respeitando as normas, né, de pelo menos dois anos de assistência pré e um ano pós, então a gente dedica bastante tempo para os pacientes aqui dentro”. (Azaleia)</i>	Tempo Dedicação assistência	A gente entra um pouco naquele protocolo do SUS da portaria	Acompanhamento
<i>“Na minha experiência clínica, eu não tenho um paciente que estava preparado para fazer a cirurgia em menos de três anos e meio”. (Orquídea)</i>	Experiência Preparação	Eu não tenho um paciente preparado... em menos de três anos e meio	Acompanhamento
<i>“Seguimos rigorosamente a data de início do acompanhamento para indicação da cirurgia. Avalia-se a prontidão da pessoa. Essa prontidão varia muito, tem gente que já chega apto à cirurgia enquanto outros ainda estão iniciando o processo de transição”. (Flor de Lis)</i>	Prontidão Início Transição critérios	Tem gente que já chega apto	Acompanhamento
<i>“Dr. (xxxx) é um enorme cirurgião e atendia intersexos antes de atender transexuais e a gente demorou 14 anos para convencê-lo a fazer uma cirurgia”. (Orquídea)</i>	Intersexuais Transexuais convencimento	...14 anos para convencê-lo a fazer uma cirurgia	Falta de profissionais capacitados

<i>“Treinar quem tem interesse, quem não tem preconceito com esse grupo. Porque mexe com contextos muito profundos de identificações. Eu sempre digo que foi o meu processo que ajudou porque muitos profissionais não atendiam transexuais, era muita resistência e preconceito”. (Orquídea)</i>	Treino Interesse Preconceito Recusa ao atendimento resistências	Porque mexe com contextos muito profundos de identificações.	Falta de profissionais capacitados
<i>“Aqui inclusive é aberto não só para o transexual, mas para o travesti também se quiser se hormonizar. [E se quiser outras cirurgias? A prótese mamaria?] Não, aí é diferente porque aí elas têm que ir direto pela plástica. E é uma burocracia”. (Begônia)</i>	Travesti Atendimento diferente entraves impedimentos	É uma burocracia	Acesso das travestis
<i>“Então, não é uma condição, mas a gente diz: você vai entrar só pra fazer isso? [...] Nossa fila é razoavelmente longa, já temos pacientes preparados até quase daqui a 5 anos, fora os que ainda vão entrar e a gente coloca essa realidade para eles né, porque é um serviço público. E às vezes eles podem até juntar dinheiro por conta própria ou seguir em frente suas vidas porque já mudou o nome, já ta hormonizado, já isso, já aquilo, então aquilo pode não ser mais importante pra ele. [...] só assim não podemos pular fases antes de chegar na cirurgia de transgenitalização, porque é uma etapa final”. (Azaleia)</i>	Fila de espera Tempo de espera Prioridades Dinheiro Importância Realidade Serviço público	...a gente diz: você vai entrar só pra fazer isso? ...a gente coloca essa realidade para eles né...	Acesso das travestis

